

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Kystes dermoïdes médians du cou

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Richard-Émile-André BREUL

Né à Nancy (M.-et-M.), le 29 novembre 1896.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FROELICH
ÉTIENNE
RICHON
FAIRISE

professeur.
professeur.
agrégé.....
agrégé.....

Président.

Juges.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIES A. HUMBLLOT ET C^{ie}
21, RUE SAINT-DIZIER, 21

1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Kystes dermoïdes médians du cou

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Richard-Émile-André BREUL

Né à Nancy (M.-et-M.), le 29 novembre 1896.



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FROELICH
ÉTIENNE
RICHON
FAIRISE

professeur.. *Président.*
professeur..
agrégé..... *Juges.*
agrégé.....

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIES A. HUMBLLOT ET C^{ie}

21, RUE SAINT-DIZIER, 21

1923

UNIVERSITÉ DE NANCY. — FACULTÉ DE MÉDECINE.

Doyen : M. E. MEYER, O *, I U.

Assesseur : M. E. SIMON, *, I U.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I U.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I U., PRENANT, *, I U.,
F. GROSS, O *, I U., HERRGOTT, O *, I U., WEISS, O *, I U.

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie	L. GARNIER, I U.
Hygiène	E. MACÉ, *, I U.
Physiologie	E. MEYER, O *, I U.
Clinique médicale	E. SIMON, *, I U.
Histoire naturelle médicale	P. VUILLEMIN, I U.
Médecine légale	P. PARISOT, O *, I U.
Clinique des maladies des enfants	P. HAUSHALTER, *, I U.
Anatomie pathologique	L. HOCHÉ, *, I U.
Clinique médicale	G. ETIENNE, *, I U.
Clinique chirurgicale	A. VAUTRIN, *, I U.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, *, I U.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	R. FROELICH, *, I U.
Physique médicale	M. LAMBERT, *, I U.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. FRUHINSHOLZ, *, I U.
Histologie	R. COLLIN, *, I U.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, *, I U.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	P. JACQUES, *, I U.
Clinique des voies urinaires	P. ANDRÉ, *, I U.
Clinique chirurgicale	G. MICHEL, *, I U.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards...	L. RICHON, *, I U., agrégé libre.
Pathologie interne	L. RICHON, *, I U., agrégé libre.
Accouchements (cours théorique)	S. REMY, I U., agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, *, I U., agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, *, I U., agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, O *, I U., agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	J. PARISOT, O *, I U., agrégé.
Pathologie externe	A. BINET, I U., agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	L. CAUSSADE, A U., agrégé.
Clinique ophtalmologique	P. JEANDELIZE, A U., agrégé.
Clinique des maladies mentales	R. LALANNE, I U.
Clinique chirurgicale élémentaire (1) ..	M. BARTHÉLEMY, *, I U., agrégé.
Cours d'hydrologie	M. PERRIN, *, I U., agrégé.
Médecine opératoire	M. BARTHÉLEMY, *, I U., agrégé.
Clinique d'électrothérapie	N...

Agrégés en exercice

MM. H. ROBERT, I U.	MM. J. PARISOT, O *, I U.	MM. P. JEANDELIZE, A U.
A. BINET, I U.	C. FAIRISE, A U.	L. CAUSSADE, A U.
M. PERRIN, *, I U.	P. MATHIEU, A U.	M. BARTHÉLEMY, *, I U.
G. THIRY, *, I U.	L. JOB, *, I U.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O *, I U.; G. GROSS, *, I U.; RICHON, *, I U.;
S. REMY, A U.; BUSQUET, I U.

M. H. COIFFARD, I U., Secrétaire.

M. LAMBERT DES CILLEULS, *, M, I U., Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

le Docteur FRANÇOIS BREUL

A MON GRAND-PERE

A MA MERE

Faible témoignage d'affection et de reconnaissance

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES SOEURS

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur FROELICH,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A mes Juges :

Monsieur le Professeur ETIENNE,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Monsieur le Professeur agrégé RICHON,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Monsieur le Professeur agrégé FAIRISE

INTRODUCTION

Le 9 mai 1922, se présentait à la clinique de M. le professeur Frœlich, un jeune garçon âgé de 7 ans, porteur d'une tumeur siégeant dans la région sous-hyoïdienne et médiane du cou. L'examen de la tumeur qui avait une consistance dure fit porter le diagnostic de kyste dermoïde. Devant la rareté de cette affection, M. le professeur Frœlich nous suggéra l'idée de prendre cette observation comme point de départ d'une étude d'ensemble de la question.

Voici quel est le plan que nous avons suivi :

Après avoir exposé l'historique de la question, nous en étudions l'anatomie pathologique ; ensuite nous abordons le chapitre de la pathogénie ; puis nous étudions l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic ; nous insistons un peu sur le diagnostic, nous faisons une étude rapide du traitement et nous terminons par les observations et les conclusions.

Mais avant d'entreprendre ce travail, nous tenons à remercier nos maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy de l'intérêt qu'ils nous ont toujours porté.

Nous nous adressons premièrement à M. le professeur Frœlich. Il a été d'abord pour nous le médecin et

nous n'oublierons jamais les soins qu'il nous a prodigués dans notre enfance ; qu'il soit assuré de notre sincère gratitude et de notre profonde reconnaissance. En acceptant la présidence de notre thèse, après en avoir inspiré le sujet, M. le professeur Frœlich nous honore encore de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée dans le cours de nos études ; que ce sincère hommage lui fasse connaître le plaisir que nous éprouvons à couronner nos études médicales avec le concours de sa haute autorité. Nous garderons toujours un excellent souvenir de ses leçons cliniques si claires et si pratiques.

Nous remercions sincèrement M. le professeur Etienne pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de juger notre thèse. Nous nous rappellerons toujours la bonté simple et aimable, qui lui est toute particulière, avec laquelle il nous ouvrit son service. Avec lui nous avons apprécié l'homme de science, le chercheur qui s'intéresse à tout et qui ne dédaigne pas de s'abaisser jusqu'à l'élève pour le suivre dans ses travaux. Nous garderons toujours profondément gravées dans notre esprit ses savantes leçons cliniques qui ont contribué à notre formation médicale.

M. le professeur Richon nous a donné dans de bien pénibles circonstances, la preuve de la sympathie qu'il nous a toujours portée. Nous lui garderons toujours une profonde reconnaissance pour son dévouement au chevet du malade.

M. le professeur Fairise ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils, soit au cours des travaux pratiques d'anatomie pathologique, soit à la salle d'autop-

sie ; qu'il soit assuré de notre gratitude. Nous nous rappellerons les bonnes heures passées avec lui à la clinique de M. le professeur Vautrin.

Nous nous souviendrons toujours des leçons du professeur Haushalter, qui, par ses cliniques pleines de vie, a su nous intéresser à la médecine infantile. A lui aussi, nous garderons toujours une grande reconnaissance pour son dévouement et la sympathie qu'il nous a portés.

Nous remercions profondément M. le professeur Vautrin du grand service qu'il nous rendit en entreprenant notre éducation chirurgicale, alors que tout jeune débutant, nous remplissions les fonctions d'externe dans son service.

Qu'il nous soit permis de saluer respectueusement la mémoire de notre maître, le professeur Rohmer, regretté de tous ses élèves.

Nous manquerions à nos devoirs si nous n'envoyions à nos camarades morts au champ d'honneur notre souvenir ému.

Enfin, nous réservons une pensée cordiale et affectueuse à notre ami, le docteur Pierre Defoug, et nous adressons à nos camarades d'études l'expression de notre vive sympathie.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'observation clinique des kystes dermoïdes remonte à des époques fort anciennes, mais l'identification de ces tumeurs est de date relativement récente ; les descriptions données par les vieux auteurs sont en effet assez vagues et prêtent à confusion. C'est ainsi qu'Hippocrate, dans un traité *De morbis*, parle de productions pathologiques qui peut-être étaient des dermoïdes, et il nous faut arriver à Celse pour en retrouver décrits les caractères avec une suffisante netteté. Celse est en effet le premier auteur qui parle des kystes congénitaux du cou, et, pour les définir, il s'exprime en ces termes : « Dans la région du cou, entre la peau et la trachée artère, il se développe quelquefois une tumeur que les Grecs appellent bronchocèle et qui renferme tantôt une chair inerte, tantôt une humeur semblable à de l'eau ou à du miel et parfois même des poils mêlés à de petits os. Cette matière, quelle qu'elle soit, est toujours contenue dans un kyste. »

Depuis Celse, il faut arriver presque jusqu'à nos jours pour suivre dans la littérature chirurgicale l'histoire des tumeurs kystiques du cou. Pourquoi ce long silence de plusieurs siècles ? De la période arabe, de tout le Moyen Age, de la Renaissance, malgré de si perspicaces observateurs, rien ne peut nous dire si seulement ces tumeurs ont été observées. Une des causes de ce silence se trouve, sans doute, comme le dit M. le docteur Boucher, dans la rareté de l'affection et dans la tendance qu'on a eu pendant bien longtemps à regarder comme des monstruosités, bon nombre d'affections congénitales.

En 1775, Girard, dans un *Traité des Tumeurs*, mentionne des tumeurs dans lesquelles on peut trouver des poils, des cheveux, avec une matière analogue à du suif et qu'il pense provenir de glandes sébacées.

En 1810, Zimmermann, dans son *Essai sur l'anatomie pathologique*, et en 1816, Cruveilhier rapportent des observations semblables.

Boyer, en 1820 ; Maunoir, de Genève, en 1825, établissent une distinction bien nette entre certaines tumeurs du cou et celles qui appartiennent au corps thyroïde.

Peu après, en 1828, Redenbacher, le premier, donne une description des kystes congénitaux du cou. A dater de cette époque, de nombreux observateurs s'occupent de cette question, surtout en Allemagne ; ce furent les observations de Walker et d'Ebermayer.

Draste, en 1839, fait également, dans les *Annales hanovriennes*, un article assez étendu sur ce sujet.

En Angleterre, en 1839, César Hawkins publie un

travail très complet sur la question. Dans son mémoire qui marque, d'une façon distincte, une ère nouvelle dans l'histoire des kystes du cou, il étudie non seulement les symptômes et le traitement, mais à propos de la pathologie, il déclare que les tumeurs ne résultent pas de l'obstruction des conduits de glandes parotides et sous-maxillaires. Il insiste surtout sur la difficulté du diagnostic et proscriit absolument les opérations sanglantes si dangereuses chez le nouveau-né.

En 1843, Wernher publie sur les kystes congénitaux un mémoire très étendu. Il s'attache spécialement à la description des kystes congénitaux du cou et établit une distinction très nette, au point de vue du pronostic, entre les kystes de la région antérieure du cou et ceux qui siègent à la région postérieure, ceux-ci se présentant le plus souvent chez des enfants nés avant terme et s'accompagnant d'autres vices de conformation, les autres, au contraire, se montrant chez des enfants nés à terme et parfaitement viables. Il semble aussi admettre la division en kystes simples et en kystes composés.

C'est seulement en 1852, que Kohlrausch démontre l'analogie de la structure des kystes dermoïdes congénitaux avec la peau.

Puis paraît la thèse de Joseph Gilles dans laquelle il parle d'un kyste qui renfermait des produits variés plus ou moins complexes, tels que : cheveux, matière adipeuse, dents, os. Ce fait avait pour lui beaucoup d'importance, car il y voyait la preuve que certains kystes contenant de la matière sébacée, des poils, etc., ne sont pas toujours congénitaux, mais bien qu'ils

peuvent se montrer après la naissance et même à un âge plus avancé. Il confirme les idées de Lebert qui, à la même époque, en France, publiait son mémoire et développait sa grande loi de l'hétérotopie plastique.

Verneuil, d'abord partisan de cette théorie de Lebert, se mit bientôt à la réfuter pour établir celle de l'inclusion. C'est à M. Lorain que revient l'honneur d'avoir publié en France la première observation de kyste dermoïde recueillie par lui dans le service de Nélaton en 1852.

En 1854, paraissait la thèse de Virlet relatant l'observation de M. Lorain et préconisant comme traitement les injections iodées.

En 1869, Broca publie son *Traité des Tumeurs* et généralise la théorie de Verneuil.

Cusset, dans sa thèse (Paris, 1877), étudie complètement l'embryogénie de la face et du cou et jette un jour nouveau sur la question des kystes branchiaux et des fistules, sur lesquels on était peu documenté auparavant, surtout à ce point de vue embryogénique.

Depuis cette époque, la question des kystes congénitaux n'a cessé d'être à l'ordre du jour. On s'est appliqué à en rechercher la présence dans toutes les régions et de nombreuses observations sont venues confirmer la théorie de l'enclavement définitivement admise.

Jusqu'en 1879, on s'était borné à considérer les kystes dermoïdes comme étant d'origine congénitale. La même année, M. Gironde publiait une observation de kyste dermoïde de la région mastoïdienne dont le développement avait été précédé d'un traumatisme ; il émettait bien l'opinion que ce kyste pouvait être un

kyste acquis, mais sans pouvoir appuyer son assertion sur des preuves certaines. Ce n'est qu'à partir de 1884, époque où eut lieu à la Société de Médecine de Nancy, la communication faite par M. le professeur Gross, sur les tumeurs perlées des doigts, suivie d'une observation relatée par M. le professeur Heydenreich ayant trait à un cas bien manifeste de kyste dermoïde de la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit, ce n'est qu'à cette époque que l'on commença à diviser les kystes dermoïdes en kystes congénitaux et en kystes acquis. Cette distinction fut confirmée encore par les belles expériences de M. Masse, de Bordeaux, qui arriva le premier après un certain nombre de tentatives infructueuses signalées de différents côtés, à reproduire expérimentalement chez le rat par des transplantations, et des greffes d'épiderme, des kystes semblables aux kystes dermoïdes. Ces expériences concluantes vinrent compléter celles de Kaufmann, de Breslau, qui en 1884 produisit chez le coq des kystes purement épidermiques.

En 1886, M. Poulet faisait une nouvelle communication sur les kystes acquis, laquelle vérifiait la théorie de Verneuil.

MM. Lannelongue et Achard, en 1886, publient leur *Traité des Kystes congénitaux* et exposent, dans cet ouvrage magistral, d'une façon irréfutable, la théorie de l'enclavement.

En 1887, Fauvel étudie dans sa thèse les kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens.

M^{lle} Sulicka en 1894, publie sa thèse intitulée : *Con-*

tribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou.

Roques, à Montpellier, en 1898, reprend dans sa thèse l'étude des kystes congénitaux médians de l'espace thyro-hyoïdien.

Il étudie les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes et tandis qu'il admet l'origine thyroïdienne pour les kystes mucoïdes, il semble réserver l'origine branchiale aux kystes dermoïdes.

A la même époque paraissaient un certain nombre d'observations de kystes dermoïdes sus-hyoïdiens et du plancher de la bouche.

En 1905, Poingt, à Bordeaux, étudiait, dans sa thèse, les kystes congénitaux de la région sternale et réunissait ainsi à peu près toutes les observations de kystes sus-sternaux parues jusqu'à cette date.

Dès lors, les documents deviennent plus rares et durant la période de 1909, époque à laquelle paraissait une observation de Morestin, dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, à nos jours, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucune observation importante à signaler.

Cependant, en Italie, L. de Gaetano publiait, en novembre 1921, un article sur les *difformités du cou par malformations embryonnaires, kystes et fistules congénitales*.

Nous tentons dans ce modeste travail, sans prétention aucune, une revue générale de la question des kystes dermoïdes médians du cou basée sur l'étude des observations.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

DEFINITION

C'est vers 1840, qu'on donna le nom générique de kystes dermoïdes aux tumeurs congénitales à paroi ectodermique. Dès 1801, Bichat, dans son *Anatomie générale*, désigne, sous le nom de système dermoïde, l'ensemble du derme, qu'il distingue d'un système épidermoïde. Aussi Leblanc se souvenait-il probablement de cette conception du fondateur de l'histologie, lorsqu'il décrivit en 1831, sous le nom de kyste dermoïde, un kyste pilifère intra-crânien trouvé chez le cheval. C'est la première fois, croyons-nous, que ce terme fut employé dans la littérature médicale, mais à Lebert (1852), revient le mérite d'avoir défini cette catégorie de tumeurs, frappé qu'il était de la ressemblance de leur paroi avec la peau normale. « Nous appellerons kystes dermoïdes, écrit-il, des kystes qui offrent à leur surface interne une organisation semblable à celle de la peau, pouvant présenter de l'épiderme, des papilles,

du derme, des glandes sébacées, même sudoripares, des poils, du tissu adipeux sous-cutané, de la graisse et quelquefois des os et des dents. »

Les kystes dermoïdes sont congénitaux ; mais l'épithète de congénital ne doit pas être prise ici dans le sens littéral du mot, et n'implique nullement la constatation de ces tumeurs, au moment de la naissance. Elle indique seulement que les conditions déterminantes de leur formation existent dès la vie intra-utérine et que la pathogénie se rattache à un trouble de développement. Les kystes dermoïdes n'ont pas la tendance envahissante comme les tumeurs néoplasiques ; les tissus qui les composent sont normaux, non seulement quant à la nature de leurs éléments, mais aussi par leur évolution et leur agencement ; il n'y a d'irrégulier en eux que leur siège. La cavité dermoïde est une ectopie du tégument externe, mais dans ce siège anormal, le tégument jouit de toutes ses propriétés et peut donner naissance à tous ses produits ordinaires.

Les kystes dermoïdes du cou présentent en général une forme arrondie. Leur volume varie avec leur degré de développement et peut varier des dimensions d'un pois à celles d'une orange. Ordinairement, en ce qui concerne les kystes sus-hyoïdiens, les malades attendent pour aller consulter le chirurgien que la tumeur ait acquis la grosseur d'une noisette ou d'un œuf de poule. Ces kystes volumineux ne s'observent que rarement, car alors ils proéminent à la fois sous la région sus-hyoïdienne et sous la muqueuse buccale.

Par sa surface extérieure, le kyste dermoïde sus-hyoïdien est séparé des organes avoisinants par du tissu plus ou moins lâche, sauf toutefois quand il a suppuré ou qu'il a subi différentes tentatives opératoires, telles qu'injections caustiques, drainages, etc., auxquels cas il adhère généralement d'une façon assez intime à tout ce qui l'entoure.

Aussi dans la majorité des cas son énucléation est-elle relativement facile.

Cependant, en dehors de toute infection secondaire, on trouve fréquemment une adhérence, soit au maxillaire inférieur, soit à l'os hyoïde. Le kyste est alors relié à l'os par un cordon fibreux plus ou moins volumineux, plus ou moins long, plus ou moins résistant. Ordinairement, ce cordon va s'attacher au squelette. Un point important, c'est que cette insertion se fait d'une façon constante sur la ligne médiane ; pour l'os hyoïde, elle se fait tantôt à la face antérieure, tantôt à la face postérieure, ou au bord supérieur. Pendant un certain temps, on a considéré cette adhérence comme à peu près constante. Il est certain que ce caractère manque dans bon nombre de cas et même dans la majorité.

Les kystes thyro-hyoïdiens siègent au-dessus de l'aponévrose superficielle du cou, qui engaine de chaque côté superficiellement les muscles sterno-hyoïdiens et au-dessous les muscles thyro-hyoïdiens, dans l'espace compris entre cette couche musculo-aponévrotique et la membrane thyro-hyoïdienne.

A mesure qu'ils se développent, ils s'insinuent entre les deux muscles sterno-hyoïdiens, que sépare une

trainée celluleuse, les rejettent en dehors ainsi que le peaucier et viennent faire saillie sous la peau dont ils ne sont plus séparés sur la ligne médiane que par le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose cervicale superficielle distendue et amincie.

Leurs parties latérales sont recouvertes en plus par les muscles précédents. Mais il arrive quelquefois, ainsi que le montre l'observation XXI, que le kyste se développe seulement par la partie qui s'est frayée une route à travers l'interstice musculaire médian, si bien que la tumeur repose sur les plans musculaires et n'est en rapport avec les parties profondes, membrane thyro-hyoïdienne ou os hyoïde, que par un mince pédicule s'insinuant dans l'interstice musculaire.

En un mot, le kyste paraît purement et simplement sous-cutané. On note presque toujours une adhérence de la partie avec l'os hyoïde, établie par un pédicule creux ou plein. Outre ces connexions, ces tumeurs contractent quelquefois des adhérences avec les tissus voisins, avec les muscles et principalement avec la membrane thyro-hyoïdienne.

Au point de vue de leur structure même, les kystes dermoïdes nous offrent à étudier un contenu et une paroi.

Le contenu est une matière sébacée d'aspect blanchâtre ou grisâtre ; on l'a comparé à de la substance cérébrale, à de la purée de châtaigne, à de la glace au café, à du mastic de vitrier. Plus ou moins coneret et pâteux, il est généralement homogène, mais quelquefois, il est mélangé d'une certaine quantité de liquide,

et présente un aspect granuleux comparable à des grains de riz cuit ou à de la matière caséuse.

Cette masse est composée de graisse libre, de cristaux de cholestérine, de débris de cellules épithéliales plus ou moins déformées et racornies ou infiltrées de graisse.

Dans quelques cas, on a rencontré des poils mélangés avec la matière sébacée. Ils sont plus ou moins nombreux, tantôt fins et courts, tantôt longs de plusieurs centimètres. Quelle que soit la couleur des cheveux du malade, ces poils sont toujours d'une teinte pâle, blonds ou blanchâtres. On n'y a jamais trouvé d'os ni de dents comme dans un certain nombre de kystes dermoïdes des autres régions.

La paroi est une membrane blanchâtre, relativement épaisse et résistante, qui peut atteindre et même dépasser deux millimètres d'épaisseur. Elle présente, au point de vue histologique, les caractères généraux du tégument externe ; on trouve, en allant de dehors en dedans, un derme souvent doublé dans sa profondeur d'un panicule graisseux et un revêtement épithélial formé de cellules pavimenteuses stratifiées qui subissent l'évolution de l'épiderme.

Le derme présente sa structure normale : stroma fibro-conjonctif mêlé de fibres musculaires lisses et de vaisseaux plus ou moins abondants. On n'y trouve pas en général de papilles ; cependant, leur présence a été signalée une ou deux fois dans des observations. Les glandes sébacées semblent moins rares. Des poils sont implantés dans la paroi et n'existent qu'en des points très limités.

L'épiderme est pavimenteux stratifié et pourvu quelquefois d'une couche cornée et d'un stratum granulosum avec grains d'éléidine. Dans la plupart des cas, la couche cornée épithéliale est en partie desquamée et se continue sans ligne de démarcation précise avec les cellules qui forment le contenu sébacé de la poche kystique.

L'augmentation parfois rapide de ces kystes à un certain moment, après une longue période de torpeur, avait fait soulever l'hypothèse que ce changement brusque dans la marche de l'affection jusque-là silencieuse, pouvait tenir à l'arrivée de micro-organismes dans la cavité du kyste. Cette supposition n'est pas confirmée par les recherches de Lannelongue qui, de l'étude d'un assez grand nombre de faits, tire cette conclusion que ces kystes sont parfaitement aseptiques ou du moins qu'ils ne contiennent aucun organisme susceptible à l'heure actuelle d'être décelé par les procédés usités pour la recherche des microbes, sauf, bien entendu, le cas où le kyste a été ouvert à l'extérieur.

CHAPITRE III

Embryologie

Avant d'aborder l'étude si intéressante de la pathogénie des kystes dermoïdes, il nous paraît indispensable de rappeler sommairement l'embryologie du cou.

His, Born, et en France, Cusset et surtout Victor Veau, dans sa thèse de doctorat, ont précisé ce chapitre d'embryologie ; et c'est de ce dernier travail que nous nous sommes inspiré pour la description qui va suivre :

Le cou se forme aux dépens des arcs branchiaux ; c'est lorsque l'embryon a une longueur de 3 à 4 millimètres, donc à la deuxième semaine, que ces arcs branchiaux sont les plus nets. Théoriquement, disposés sous forme de bourrelets parallèles, ils s'échelonnent de haut en bas au nombre de quatre : premier arc ou arc maxillaire, deuxième arc ou arc hyoïdien, enfin troisième **et** quatrième arcs.

A peine ébauchés, ces arcs vont se modifier ; ils se disposent en éventail, leurs extrémités postérieures

restent rapprochées, leur extrémité antérieure prend un développement prépondérant.

Ces arcs se forment au fond d'un sinus limité en haut par la saillie céphalique (futur crâne), en bas par la masse cardiaque (futur thorax). C'est le sinus pré-cervical de His.

Le cou n'existe pas, la tête de l'embryon est collée à son thorax. Le cou va prendre naissance par le développement des arcs branchiaux qui vont s'arc-bouter entre les saillies, les écarter et créer le rétrécissement cervical.

Dans cette évolution, l'importance des arcs branchiaux est bien inégale.

Le premier arc maxillaire se développe beaucoup, il formera la face ; le deuxième arc, arc hyoïdien, se développe encore plus, il formera le cou ; le troisième et le quatrième sont annihilés, ils sont englobés sous l'arc hyoïdien, leur tégument primitif n'entre pas dans la constitution définitive du cou ; ces arcs, tout en conservant leurs dimensions primitives, sont enfouis sous l'arc hyoïdien qui prend des proportions considérables. Les arcs s'emboîtent comme un tube de lorgnette, suivant l'expression de His.

Voyons maintenant ce que devient chaque arc. L'arc maxillaire se divise en deux : 1° arc maxillaire supérieur qui donnera la face en se soudant au bourgeon frontal ; 2° arc maxillaire inférieur qui donnera ultérieurement la mâchoire inférieure.

L'arc hyoïdien est le plus important dans la constitution définitive du cou ; il annihile les arcs trois et

quatre ; il forme tous les téguments des régions sous-hyoïdienne, carotidienne et sus-claviculaire.

Il se soude en bas à la saillie péricardique, en arrière à la masse vertébrale. Pour réaliser cette union, l'arc hyoïdien se développe d'une façon notable en arrière et en bas sous forme de tubercule (prolongement operculaire de His). Le squelette de cet arc formera le corps de l'os hyoïde.

L'arc hyoïdien, en prenant un développement exagéré, domine bientôt les arcs trois et quatre. Ce fait modifie complètement le sinus précervical. Le sinus est comme formé de deux parties ; un vestibule placé entre l'arc maxillaire et la saillie péricardique, un arrière-fond (*fundus branchialis* de His), limité en haut par l'arc stylien, en bas par le péricarde. Au fond se trouvent les arcs trois et quatre rudimentaires. Cet arrière-fond disparaît par adhésion, fusion des opercules supérieurs et inférieurs ; de la sorte, les arcs trois et quatre se trouvent inclus. La fusion de l'arc hyoïde avec la masse vertébrale en arrière est effectuée à l'aide du prolongement operculaire.

Ainsi se trouvent inclus dans le mésoderme cervical : 1° les téguments des arcs trois et quatre en totalité ; 2° les téguments de la face inférieure de l'arc stylien ; 3° les téguments de la saillie supérieure de la saillie péricardique.

Certains débris tégumentaires siégeront sur les parties latérales du cou ; ce sont eux qui constitueront, soit des kystes branchiaux, soit des épithéliomas.

Quant aux autres débris tégumentaires, ils donneront dans le thorax des kystes du médiastin ou des

tumeurs malignes analogues aux épithéliomas branchiaux du cou. Enfin, sur la ligne médiane dans la région thyro-hyoïdienne, ces débris donneront des kystes sous-hyoïdiens et supra-sternaux.

En raison de ce fait, on comprend que les kystes dermoïdes adhèrent à la face postérieure de l'os hyoïde.

C'est donc un enclavement du fundus branchialis, arrière-fond du sinus præcervicalis, qui explique la formation des kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens et non un enclavement tégumentaire des fentes branchiales.

Comme le dit Veau, peu importe de connaître le nombre exact des arcs branchiaux, il suffit de retenir que tous les arcs branchiaux inférieurs ne font qu'un en pathologie et qu'ils ont la même évolution.

Donc, pour résumer l'embryologie du cou, l'arc maxillaire forme une partie de la région sus-hyoïdienne. L'arc hyoïdien forme la totalité des régions sous-hyoïdiennes et sus-sternales.

CHAPITRE IV

Pathogénie

L'origine des tumeurs dermoïdes a depuis longtemps excité la curiosité scientifique des chirurgiens ; les auteurs ont beaucoup discuté à ce sujet, particulièrement au cours du siècle dernier, et plusieurs théories ont été successivement élaborées, puis admises, pour tomber ensuite de la faveur dans l'oubli. Il n'entre pas dans le cadre du sujet de développer ici toutes les opinions anciennes, ni de faire l'historique complet de mémorables débats scientifiques auxquels elles ont donné lieu. Nous nous contenterons seulement d'en faire un rappel sommaire pour nous étendre plus longuement sur la théorie actuelle, qui peut-être aura le même sort que ses aînées.

Après avoir remarqué que les tumeurs étaient d'origine congénitale, on en arrive logiquement, par association d'idées, à en rechercher les causes dans des anomalies du développement embryogénique. Les auteurs furent d'abord frappés des relations réelles, quoique souvent indirectes, qui relient les dermoïdes

aux productions tératologiques. Les différents chirurgiens qui étudièrent la question vers la moitié du xix^e siècle, Verneuil et Broca entre autres, étaient imbus des idées généralisatrices de Geoffroy Saint-Hilaire qui avait précédemment montré qu'il existe des relations entre les êtres les plus élevés et les organismes rudimentaires. Eux aussi, ils généralisèrent et en arrivèrent à considérer les kystes dermoïdes comme de petits tératomes à structure plus ou moins simple, et c'est ainsi que naquit la théorie de l'inclusion.

THEORIE DE LA DIPLOGENESE PAR INCLUSION

D'après cette théorie, on devrait considérer les kystes dermoïdes comme des individus primitivement distincts formant au cours d'un développement embryogénique anormal, une monstruosité double dont l'un des constituants se serait atrophié. Cette explication ne visait évidemment que les dermoïdes complexes et en particulier ceux de la région abdomino-génitale ; soutenue par Pigné en 1846, par Giralaldès et Cruveilhier, elle fut attaquée quelques années plus tard par Lebert, puis par Broca en 1873.

Elle ne put prévaloir, car elle ne s'applique pas à tous les cas et par conséquent n'est pas générale, mais deux considérations surtout la ruinent. Il est difficile d'une part, d'admettre qu'un dermoïde simple soit le représentant d'un individu distinct, et d'autre part, la tumeur dermoïde est vivante, puisqu'elle s'accroît,

tandis qu'un fœtus enkysté est un cadavre véritable (Lannelongue).

THEORIE DE L'HETEROTOPIE PLASTIQUE

Partant des cas les plus simples, à l'opposé des théoriciens précédents, Lebert échafauda une nouvelle théorie dite de l'hétérotopie plastique et basée sur la production autogène et spontanée de tissus plus ou moins composés « qui peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps où, à l'état normal, on ne les rencontre pas ». Il considérait en un mot les dermoïdes comme des néoplasmes. Etant donné les connaissances histogéniques actuelles, il est absolument impossible d'admettre la genèse directe spontanée d'un véritable tégument. Cette théorie fut détrônée par celle de l'enclavement due à Verneuil ; mais avant de parler de celle-ci, il faut dire quelques mots de la théorie des cellules nodales qui n'a pas été acceptée.

THEORIE DES CELLULES NODALES

Partisan de la spécificité cellulaire absolue, mais non primitive, Bard, l'auteur de cette théorie, pense que l'ovule et les cellules issues de ses premières divisions sont susceptibles d'engendrer des cellules filles très différentes de leurs cellules mères et différentes aussi entre elles. La complexité de leurs cellules pri-

mitives serait donc forcément très grande, et elles seraient pourvues d'une puissance évolutive extrême leur permettant d'engendrer des tissus les plus variés ; ce sont les cellules nodales de Bard.

Mais à mesure qu'elles s'éloignent de l'ovule par étapes karyocynétiques successives, ces cellules deviendraient de moins en moins complexes, puis prendraient à un certain degré d'évolution une caractéristique individuelle immuable ; chacune d'elle représenterait alors une espèce fixe, serait devenue une cellule spécifique incapable de donner naissance à des cellules différentes d'elle-même. Puis l'auteur, ingénieux jusqu'au bout, explique qu'il peut parfois persister dans les tissus adultes des cellules nodales ayant conservé toute leur force d'évolution primitive et ce serait leur prolifération qui engendrerait les kystes dermoïdes. « Cette curieuse théorie, écrit P. Delbet, est un peu de l'ordre des hypothèses qu'on prend facilement pour des réalités démontrées parce qu'elles donnent une certaine satisfaction d'esprit. »

Il nous semble d'ailleurs inutile de discuter une théorie basée sur la présence d'éléments dont l'existence ne peut même pas être démontrée au sein des tissus de l'adulte.

THEORIE DE L'ENCLAVEMENT

Cette théorie est due à Verneuil, pour qui les kystes dermoïdes dériveraient du revêtement ectodermique de l'embryon dont une portion s'enclaverait au sein des tissus sous-jacents, présenterait un développe-

ment retardé et produirait une formation kystique par un accroissement anormal survenant ultérieurement. La paternité de cette théorie a été d'abord attribuée à Remak, et les auteurs allemands la désignent généralement sous le nom de théorie de l'involution de Remak. Or, celui-ci s'est occupé non de kystes dermoïdes, mais de cancers épithéliaux. Verneuil est, en effet, l'auteur véritable de cette théorie ; après l'avoir indiquée verbalement devant la Société anatomique en 1852, à propos des dermoïdes de l'orbite, il l'exposa sommairement dans un mémoire publié en 1855 sur l'inclusion testiculaire, et plus tard, il l'appliqua aux kystes dermoïdes du plancher de la bouche, puis il la généralisa. Ces tumeurs seraient donc dues à une ectopie du tégument enclavé tout entier : épiderme, derme et dérivés, au milieu des tissus sous-jacents de l'embryon.

Il y aurait tout d'abord une simple involution ectodermique, puis, peu à peu, le petit sac épithélial invaginé s'enfoncerait, s'éloignant par suite du développement des parties voisines de la surface cutanée à laquelle il resterait relié par un pédicule susceptible de disparaître, comme cela arrive dans certains cas.

Une fois enclavée, cette petite masse épithéliale peut ne pas évoluer ; elle peut au contraire évoluer et constituer un kyste dermoïde qui, après une période de latence variable, se manifestera on ne sait sous quelle influence exactement, aux environs de la puberté. L'influence de cette époque est manifeste, mais le mode précis de son action est actuellement encore hypothétique. On a remarqué qu'à ce moment, la peau

présentait une suractivité dans ses fonctions d'exhalation et de désassimilation, qui tendent à augmenter avec l'âge et à prendre le pas sur l'absorption.

Le même processus se produirait au niveau de l'ectoderme ectopié qui évoluerait dès lors en kyste ; le développement des poils à cette même époque influencerait d'une façon identique, et c'est pourquoi la paroi kystique porterait des poils à la façon du tégument cutané.

Quoi qu'il en soit, on ne peut expliquer logiquement l'accroissement de la tumeur par le développement en surface de sa paroi et par l'accumulation dans la poche kystique de ses produits d'excrétion et de desquamation ; la cause intime de ce développement ne nous en échappe pas moins.

On a fréquemment remarqué que des parois dermoïdes pourvues de poils et de glandes sébacées ne présentaient ni glandes sudoripares, ni papilles dermiques. Ces faits ont même été objectés contre la théorie de l'enclavement par des auteurs qui prétendaient que la structure de cette paroi n'est pas identique à celle de la peau. Cette objection n'a aucune valeur ; loin d'infirmes les conceptions de Verneuil, elle les appuierait plutôt ; car, outre les exemples connus de la présence de ces deux sortes d'organes, ce sont précisément, comme le font remarquer Lannelongue et Delbet, les parties de la peau qui se développent les dernières. Leur absence constitue donc un caractère fœtal de la paroi dermoïde et qu'on peut expliquer en admettant que l'enclavement est antérieur à leur développement et le tégument ectopié, ces

organes ne se sont pas produits par suite d'un trouble dans une évolution bien compréhensible, mais qu'il est cependant impossible de préciser.

Telle est la théorie pathogénique actuellement admise ; malgré son caractère un peu hypothétique et les insuffisances qu'on y relève, elle ne présente, *a priori*, aucune invraisemblance et n'offre pas de contradictions avec les faits observés. Elle a d'ailleurs été vérifiée par l'expérimentation et M. le professeur Masse, de Bordeaux, est le premier qui soit arrivé à produire de véritables kystes dermoïdes par enclavement artificiel. Au cours de recherches sur la transplantation dans l'organisme, il fit des greffes intra-péritonéales de segments de membre et de lambeaux de peau chez de jeunes rats blancs ; au bout de deux mois et demi, il trouva un résultat inattendu.

Sur divers points du péritoine et des épiploons, les greffes s'étaient transformées en kystes à paroi résistante et à contenu caséux jaunâtre. L'examen microscopique de ce caséum révéla de la graisse, des cristaux de cholestérine, des cellules épidermiques, des poils. On voyait, d'autre part, des poils implantés sur la paroi de ces kystes qui constituaient des dermoïdes parfaits dus à une inclusion expérimentale. De la sorte, M. Masse fournissait les preuves de la théorie de l'enclavement.

Après avoir établi, en tant que théorie générale, le mécanisme de l'enclavement, il nous reste à indiquer les conditions particulières de l'inclusion ectodermique au niveau du cou.

On sait que le premier arc branchial est formé de

deux bourgeons pairs qui arrivent à se souder à la partie médiane vers le vingt-cinquième jour, comme l'ont démontré les recherches de Coste, pour former l'origine du maxillaire inférieur. D'autre part, on sait que cet os se développe à côté d'une lame cartilagineuse analogue de forme, le cartilage de Meckel, destiné à se résorber partiellement. Donc primitivement, à la place qu'occupera l'os maxillaire inférieur, se trouve le cartilage de Meckel. L'os véritable n'apparaîtra que plus tard et, fait important à mettre en lumière, sur la face externe du cartilage de Meckel.

On admet aujourd'hui qu'un certain nombre de kystes dermoïdes sus-hyôidiens sont dus à l'enclavement d'un repli ectodermique, soit entre les deux bourgeons maxillaires inférieurs, soit entre le cartilage de Meckel et le maxillaire inférieur embryonnaire ; le premier cas serait le plus fréquent.

Suivons maintenant les deux bourgeons maxillaires inférieurs allant à la rencontre l'un de l'autre. Normalement, ils doivent se souder complètement par leurs extrémités. Supposons qu'en un point de leur contact, ils ne se soudent pas, par défaut d'accolement ; il reste, en ce point, une sorte de godet cutané, un petit sac de peau. A mesure que les parties se développent, « ce petit sac de peau normale, anormalement emprisonné dans les tissus », tendra à être éloigné du tégument externe, à s'enfoncer dans la profondeur. Le collet du sac d'abord étiré finira par se rompre et la portion de peau enclavée sera isolée du revêtement cutané externe ; que ces éléments se mettent tôt ou tard à proliférer et à sécréter de la matière sébacée, un kyste

dermoïde sera constitué. Ce n'est pas tout, nous expliquons très bien par ce mécanisme le siège et les connexions de la tumeur. En effet, suivant que le petit sac de peau enclavé sera plus ou moins profondément situé, il correspondra à une couche plus ou moins profonde de bourgeons. Or, ces bourgeons forment tous les plans de la région, depuis la peau jusqu'à la muqueuse ; donc si le collet du sac ne dépasse pas le niveau de la face profonde de la peau, nous aurons un kyste sous-cutané.

S'il atteint la face profonde de la muqueuse, il sera pincé comme entre les deux mors d'une tenaille, par les deux moitiés de l'os qui marchent l'un vers l'autre, et nous aurons suivant le cas, un kyste adhérent au maxillaire ou un kyste adhérent à l'os hyoïde.

Il faut encore donner une dernière explication à propos du siège de cette implantation : tous les auteurs qui ont opéré des kystes adhérents au maxillaire, ont constaté que cette adhérence se faisait avec la face postérieure de cet os et non en avant de la symphyse. On peut expliquer ce fait par le mode de formation du maxillaire inférieur. Cet os apparaît sur la face externe du cartilage de Meckel qui se compose évidemment lui-même de deux moitiés symétriques siégeant dans l'un et l'autre des deux bourgeons latéraux qui vont se mettre en contact sur la ligne médiane. Le sac est donc pincé tout d'abord par les deux moitiés du cartilage de Meckel ; ne pouvant se développer dans la suite vers la face externe de celui-ci, puisqu'elle est occupée par le maxillaire, il se développera vers la face interne. C'est ainsi que le futur kyste

sera implanté non pas en avant de la symphyse, mais en arrière d'elle, et c'est pour cela qu'il est essentiel, sous peine de récive, de ruginer fortement cette base d'implantation.

Mais, en 1885, une nouvelle théorie prit naissance à l'étranger. Streckeisen, Bland Sutton et Neumann, prétendirent que les kystes dermoïdes sus-hyoïdiens ou thyro-hyoïdiens se développaient au niveau d'un canal à revêtement muqueux, le canal de Bochdaleck. Lannelongue s'est élevé avec vigueur contre cette tendance, disant qu'il était inadmissible que les kystes dermoïdes aient une pareille origine, et cela pour deux raisons : à cause de leur structure histologique, et en raison de leur siège. Le conduit de Bochdaleck présente un revêtement formé d'un épithélium à cils vibratiles ; c'est donc un organe muqueux, tandis qu'un kyste dermoïde est une production ectodermique.

D'ailleurs, le contenu des kystes dermoïdes ne peut provenir d'un organe muqueux, formé qu'il est par des produits de sécrétion sébacée et de desquamation épidermique. Il est certain que les kystes peuvent se développer dans les régions correspondant au trajet de la thyroïde embryonnaire, mais leur structure indiquera toujours quels ils sont.

Cette théorie ne vient donc pas infirmer celle de Verneuil, et nous devons conclure que les kystes dermoïdes sus-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens ont bien pour origine un enclavement épithélial et sont sans aucun rapport pathogénique avec les reliquats de la thyroïde embryonnaire.

Quoi qu'il en soit, nous avons vu que l'on conçoit difficilement la possibilité d'un pincement cutané dans cette région médiane du champ méso-branchial, dépourvu de tout sillon branchial. Peut-être faut-il invoquer la persistance du sinus præcervical, lequel est de nature ectodermique. En réalité, c'est un enclavement du fundus branchialis, arrière-fond du sinus præcervicalis, qui est le point de départ des kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens médians, alors que les kystes dermoïdes sus-hyoïdiens seraient produits par un enclavement cutané au moment de la réunion sur la ligne médiane des deux bourgeons constituant le maxillaire inférieur.

CHAPITRE V

Etiologie

L'étiologie des kystes congénitaux du cou est encore bien obscure. Nous ignorons quelle cause influe sur le développement embryonnaire qui détermine la formation de ces kystes.

L'âge ne semble pas jouer un rôle considérable dans leur développement, car on trouve des kystes congénitaux à toutes les périodes de la vie ; mais cependant si on en a vu se manifester seulement dans la vieillesse, cette évolution tardive est rarement observée. C'est habituellement vers l'adolescence ou pendant la jeunesse et particulièrement autour de la vingtième année qu'on les observe le plus souvent. Nicaise dit que la puberté est le coup de fouet qui amène un développement plus intense de la tumeur.

Le sexe n'a, semble-t-il, aucune influence sur ces kystes ; on les trouve dans les mêmes proportions chez les hommes ou les femmes.

Le rôle de l'hérédité n'est pas non plus bien nettement élucidé ; quoique Fauvel rapporte dans sa thèse

deux cas de kystes thyro-hyoïdiens observés chez deux frères.

Le traumatisme ne paraît pas davantage avoir une action bien réelle sur le développement de ces kystes.

Dans nos observations, nous citons un cas où la tumeur, du volume d'une grosse orange, aurait débuté avec l'apparition des règles et dont l'évolution se serait faite par poussées au moment des grossesses.

On voit donc que ce que nous connaissons de l'étiologie des kystes congénitaux du cou est bien peu de chose. Aussi est-il inutile de nous attarder davantage sur cette partie de la question.

CHAPITRE VI

Symptomatologie

En général, les symptômes d'une affection, quelle que soit sa nature, peuvent nous être fournis par l'inspection, la palpation et les signes subjectifs. Nous pouvons très bien appliquer ces modes d'investigation à la symptomatologie des kystes dermoïdes médians du cou.

A l'inspection, la région sus-hyoïdienne est déformée, soulevée sur la ligne médiane par une saillie plus ou moins considérable, mais toujours arrondie, hémisphérique ou ovoïde. Au niveau la peau a conservé sa coloration normale, à moins qu'il y ait inflammation du kyste, auquel cas les téguments prennent une teinte vineuse plus ou moins foncée.

A la palpation, la tumeur est habituellement lisse, bien limitée, nettement circonscrite et indolente. Sa consistance est variable, parfois elle est dure, au point de simuler une tumeur solide, d'autres fois, elle est

molle, pseudo-fluctuante. Dans certains cas, la tumeur pourrait conserver l'empreinte du doigt sous forme de godet, ce signe serait pour certains auteurs absolument pathognomonique, malheureusement, il existe très rarement. La peau est généralement complètement indépendante de la tumeur et se laisse facilement plisser sur elle, à condition toutefois qu'une inflammation intérieure ou une ponction ou injection médicamenteuse n'ait pas déterminé des adhérences. Quelquefois, on constate que la tumeur est formée par deux poches reliées par un fin pédicule et dont l'une se développe vers la région sus-hyôidienne, l'autre vers la cavité buccale. La pression de l'une détermine une augmentation de volume de l'autre au fur et à mesure qu'elle se vide de son contenu. C'est là une notion importante pour le traitement qui serait incomplet si le chirurgien n'extirpait pas la totalité du bissac.

Les kystes thyro-hyôidiens apparaissent sous forme d'une petite masse plus ou moins arrondie, grosse à peine comme un pois, située au-dessus du cartilage thyroïde, sur la ligne médiane ; cette petite tumeur augmente lentement et progressivement de volume et présente lorsque le médecin est appelé à l'examiner, celui d'une noisette ou d'une noix. Il est des cas où elle se développe beaucoup plus rapidement et atteint des proportions plus grandes, formant en avant du cou une saillie très disgracieuse.

Les kystes d'un certain volume dépassent la région thyro-hyôidienne et remontent parfois un peu au-dessus de l'os hyôïde. Mais le plus souvent, ils descendent

au devant du cartilage thyroïde, de telle sorte que le point culminant de la tumeur correspond quelquefois à la face antérieure du larynx.

La surface de la tumeur est arrondie et lisse et comme la poche est peu tendue d'habitude, la consistance est en général molle ; on constate assez aisément la fluctuation.

La peau qui recouvre le kyste conserve sa mobilité au-dessus de lui. En prenant la tumeur entre les doigts, on arrive souvent à la séparer des tissus qui la supportent et à circonscrire une base étroite, une sorte de pédicule ; on parvient à lui imprimer de petits mouvements latéraux, mais rarement on arrive à la déplacer dans le sens vertical.

Les kystes thyro-hyoïdiens, étant le plus souvent étroitement rattachés à la partie antérieure du larynx, suivent les mouvements d'ascension et de descente de cet organe.

Ces tumeurs sont indolores et ne déterminent en général aucun trouble fonctionnel.

Les kystes sous-thyroïdiens peuvent occuper différentes hauteurs, depuis le larynx jusqu'au sternum. Ils sont produits par un enclavement ectodermique lors de la fermeture du sinus précervical de His. Ces kystes étant sous-cutanés et sus-aponévrotiques, n'ont pas de connexions avec le conduit laryngo-trachéal, ce qui se traduit cliniquement par l'absence d'ascension du kyste dans les mouvements de déglutition comme dans l'observation de Giralès, dans un cas de Morestin ; dans un autre cas, Morestin a noté les déplace-

ments de la tumeur dans les mouvements de déglutition.

A la palpation, ces kystes dermoïdes ont une consistance spéciale, ils donnent l'impression de poche incomplètement remplie, flasque et mollassse, comme mal tendue.

CHAPITRE VII

Marche. Pronostic

Les kystes dermoïdes sus-hyoïdiens passent en général inaperçus au moment de la naissance, ils ne se développent que vers l'âge de 15 à 30 ans ; et après cette longue période de latence, ils augmentent rapidement de volume sans qu'il survienne ni traumatisme ni infections. Les complications inflammatoires sont du reste fort rares en dehors d'interventions faites non aseptiquement. On a très rarement observé l'ouverture spontanée de ces kystes, ce qui n'est pas une solution, car il se forme une fistule de durée indéfinie n'ayant aucune tendance à l'oblitération. Il en est de même lorsqu'on incise spontanément ces tumeurs dans un but thérapeutique. Lorsqu'on les laisse évoluer, elles repoussent peu à peu les organes voisins, causant ainsi une gêne fonctionnelle de plus en plus accentuée.

Les kystes thyro-hyoïdiens suivent une marche progressivement croissante ; ils ne rétrocedent jamais. Mais leur développement est sujet à de grandes variations. Tantôt ils restent à l'état latent, sans que rien

puisse en faire soupçonner l'existence, tantôt après avoir progressé pendant quelque temps, ils restent stationnaires avant de prendre un accroissement nouveau. C'est ordinairement vers l'âge de la puberté qu'ils se mettent à grossir rapidement et en quelques années ou quelques mois, ils peuvent atteindre le volume d'une noix ou d'un œuf de poule.

La complication la plus fréquente des kystes thyroïdiens est l'ouverture spontanée après inflammation et la transformation en fistule.

Exposés en effet à des froissements continuels par le frottement des vêtements et surtout par les mouvements énergiques d'ascension et de descente imprimés au larynx par la déglutition, ils sont fréquemment le siège de poussées inflammatoires qui ont pour conséquence l'ouverture spontanée du kyste. Car une fois enflammé, le kyste ne tarde pas à s'ouvrir au dehors, et devient le siège d'une fistule intarissable.

Les kystes sous-laryngés apparaissent plus souvent à la deuxième enfance qu'à la naissance ; leur développement est lent et dure plusieurs années. La puberté peut être l'occasion d'une poussée d'accroissement ; parvenus à un certain volume, ils forment des tumeurs arrondies parfaitement régulières et fluctuantes.

Le pronostic des kystes sus-hyoïdiens est en général bénin, car les patients, quelle que soit leur répugnance, en arrivent vite à réclamer une intervention chirurgicale.

Pour les kystes sous-hyoïdiens, le pronostic ne présente une réelle gravité que si le malade se refuse ou tarde trop longtemps à demander les secours de l'art.

Outre la difformité de plus en plus apparente et une gêne fonctionnelle plus ou moins considérable, le malade est sous la menace permanente de suppuration et de fistulisation de son kyste ; inconvénients que le chirurgien peut éviter ou faire disparaître par l'extirpation ou la destruction entière de la paroi du trajet.

CHAPITRE VIII

Diagnostic

Dans ce chapitre, nous étudierons le diagnostic des kystes médians du cou situés dans la région sus-hyoïdienne et dans la région sous-hyoïdienne.

Il est quelquefois difficile de faire le diagnostic des kystes dermoïdes sus-hyoïdiens. Quand il s'agit d'une tumeur observée depuis la naissance ou depuis les premières années de la vie développée progressivement avec lenteur et sans réaction inflammatoire. lorsque cette tumeur fait saillie sous le menton, présente une consistance pâteuse et conserve en godet l'empreinte du doigt, on peut penser à un kyste dermoïde.

Il faut bien le dire, dans la majorité des cas, les choses ne se passent pas ainsi ; les symptômes relevés sont loin d'être aussi nets, et il devient nécessaire de procéder par élimination, et de différencier les kystes dermoïdes des affections diverses de la région.

Pour Morestin, quand la tumeur est uniquement localisée à la région sus-hyoïdienne, elle peut être con-

fondue avec une adénopathie sus-hyoïdienne médiane, isolée, chronique et indolente. Tel fut le cas d'un jeune homme de 15 ans, observé en 1893, chez lequel le diagnostic resta en suspens jusqu'à l'opération. Nous avons remarqué le même fait dans une observation recueillie dans le service de M. le professeur Vautrin ; le malade se plaignait d'une tumeur arrondie, dure, exactement médiane, indolente, qui s'était développée petit à petit pour atteindre le volume d'un œuf de poule. En présence de ces caractères, dureté, siège médian, augmentation de volume progressive et indolente, on portait le diagnostic de kyste médian du cou. Seul l'examen histologique pouvait trancher la question ; on le fit, et la surprise fut grande, lorsqu'on répondit du laboratoire, qu'on ne se trouvait pas en présence d'un kyste dermoïde, mais bien d'un ganglion tuberculeux caséifié, renfermant de nombreuses cellules géantes.

L'observation qui nous sert de point de départ à cette thèse est elle-même typique. Le siège médian, la dureté, le volume firent penser à un kyste dermoïde, mais l'examen histologique nous révéla la nature bacillaire de la tumeur ; là encore, nous nous trouvions en présence d'un ganglion tuberculeux médian du cou en imposant pour un kyste dermoïde.

Une adénite monoganglionnaire se manifeste cliniquement sous la forme d'une petite tumeur sous-cutanée, mobile, de consistance assez ferme, tantôt complètement indolente, tantôt plus ou moins douloureuse.

Mais certaines tumeurs comme les kystes dermoïdes, peuvent revêtir un aspect clinique analogue ;

c'est ce qui fait que dans bien des cas, il est difficile de différencier une adénite d'un kyste dermoïde, surtout lorsque cette adénite est précervicale et qu'elle occupe le siège tenu d'ordinaire par les kystes dermoïdes. Ce qui pourra quelquefois mettre sur la voie du diagnostic, ce sera le pédicule profond, plus ou moins long, du kyste dermoïde, qui lui sert d'attache, et se fixe en général à une surface osseuse. On a dit aussi que l'évolution de la tumeur, l'état général du malade, la recherche des antécédents, pouvaient éclairer le praticien et suffisaient quelquefois pour éviter l'erreur.

Lorsque dans la région sus-hyoïdienne on rencontre une adénopathie associée à de la tuberculose des ganglions latéraux du cou, le diagnostic est en général facile. Les ganglions sont réunis dans un gâteau d'adhérences, les uns sont durs, les autres, ramollis en certains points, sont des fistules tuberculeuses dont les caractères sont typiques. Malgré tout certaines de ces adénopathies sont difficiles à faire rentrer dans le type ordinaire et peuvent induire en erreur. Nous avons vu que le doute peut se présenter dans quelques cas de ganglions peu nombreux (2 ou 3), siégeant dans la région sous-maxillaire médiane et quelquefois latérale; leur consistance est variable, tantôt mollasse, tantôt fluctuante. Ce sont des adénopathies bacillaires le plus souvent; des chirurgiens expérimentés s'y sont trompés.

Nous voyons donc que parfois, il est bien difficile de porter un diagnostic clinique exact de kyste dermoïde sus-hyoïdien médian et que seul l'examen histo-

logique pourra nous renseigner sur la nature de la tumeur.

On pourra aussi confondre un kyste dermoïde avec un kyste thyro-glosse, situé sur la ligne médiane, sur le trajet parcouru par le tractus thyro-glosse qui va comme on le sait du foramen cæcum de la langue au sommet de la pyramide de Lalouette. Là encore, c'est au laboratoire que nous aurons recours pour trancher la question, car c'est de l'examen de l'épithélium que dépendra le diagnostic de la tumeur.

La présence dans la région thyro-hyoïdienne d'une tumeur indolente, n'occasionnant aucune gêne et ayant augmenté de volume lentement, nous permet d'éliminer immédiatement les affections à marche aiguë.

Les tumeurs avec lesquelles les kystes dermoïdes thyro-hyoïdiens peuvent être le plus facilement confondus, sont les lipomes, les loupes.

Les lipomes possèdent un grand nombre de caractères communs avec les kystes dermoïdes, marche lente, indolente, fausse fluctuation ; et la possibilité de leur existence peut venir à l'esprit, surtout si on ne constate pas facilement la présence d'un pédicule. Mais on les écartera en se rappelant la sensation spéciale de bosselure multiple qu'ils fournissent lorsqu'on les presse entre les doigts comme pour les énucléer.

Les loupes, rares en cette région pauvre en follicules sébacés, se reconnaîtront à leur consistance plus pâteuse qu'élastique, leur siège superficiel, leur adhérence à la peau, la facilité avec laquelle on les fait

glisser sur les parties profondes ; de plus, elles ne participent pas aux mouvements du larynx.

L'absence de ganglions lymphatiques dans l'espace thyro-hyoïdien, nous permet d'écarter l'hypothèse d'une adénopathie tuberculeuse ; mais si une tumeur de cette nature existait dans la région hyoïdienne, elle aurait pour origine le ganglion sus-hyoïdien et siègerait au-dessus de l'os hyoïde.

On peut encore se demander si on ne se trouve pas en présence d'un kyste hydatique ; mais c'est là une affection excessivement rare. En tout cas, une ponction exploratrice et l'examen microscopique du liquide seront d'un grand secours. Mais le liquide retiré du kyste peut manquer d'éléments caractéristiques, et le diagnostic restera en suspens jusqu'à l'extirpation de la tumeur et à son examen histologique.

Enfin, sur la question de savoir si on a affaire à un kyste dermoïde proprement dit ou à un kyste mucoïde, on ne pourra se prononcer la plupart du temps qu'après l'opération, en faisant appel au contrôle du microscope.

Quant aux kystes dermoïdes sous-laryngés, pour peu qu'ils soient volumineux, ils présentent de grandes analogies avec les goîtres kystiques ; cependant quelques différences peuvent mettre sur la voie du diagnostic exact ; c'est tout d'abord l'absence de connexions de ces tumeurs toutes superficielles avec le conduit laryngo-trachéal qui se traduit par l'absence d'ascension du kyste dans les mouvements de déglutition. Nous attacherons plus d'importance à la consistance spéciale du kyste dermoïde. Tandis que les kystes

thyroïdiens donnent la sensation de tumeurs solides et dures, quand ils sont petits et qu'ils sont nettement fluctuants, quand ils sont volumineux, les kystes dermoïdes donnent une impression très spéciale de poche incomplètement remplie, flasque et mollasse, comme mal tendue, que l'on ne rencontre jamais dans les goîtres kystiques.

Cette question de diagnostic différentiel n'a pas sans doute une très grande importance pratique, puisque l'intervention chirurgicale s'impose dans un cas comme dans l'autre, et que dès l'incision de la peau, la nature exacte de la tumeur sera reconnue.

CHAPITRE IX

Traitement

Il n'y a qu'un traitement efficace des kystes sus-hyoïdiens. c'est l'extirpation totale de la poche kystique. Aussi, nous ne nous attarderons pas à décrire une foule de méthodes anciennes, que l'expérience a démontrées lentes, inefficaces ou même dangereuses.

C'est ainsi qu'avant l'ère antiseptique, on pratiquait le passage d'un séton au travers de la tumeur, dans le but de faire suppurer la poche kystique et d'amener ainsi l'élimination de sa paroi ; l'incision simple du kyste, ou l'excision d'une partie de la poche, suivie ou non d'un attouchement avec des crayons ou de solutions caustiques, telles que le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent ; la ponction et l'évacuation ; cette méthode a été vite abandonnée, car on a beaucoup de difficulté à évacuer le contenu mélicérique et butyreux.

Ces procédés présentent le triple inconvénient d'être lents, inefficaces et dangereux ; ils exigent, en effet, beaucoup de temps, et s'ils aboutissent parfois

à une guérison momentanée, cette guérison ne saurait être définitive, étant donné qu'on a laissé en place des éléments cutanés qui continuent à sécréter de la matière sébacée.

Enfin, il peut être dangereux de faire suppurer une poche kystique. On a pensé alors à faire injecter dans la cavité du kyste après évacuation des liquides variés, dans le but de provoquer une réaction inflammatoire atténuée ; consécutivement à cette inflammation un processus fibreux envahit la paroi kystique et le malade après plusieurs ponctions suivies d'injections peut arriver à guérir.

Ce procédé n'est plus guère employé à l'heure actuelle, et la méthode de choix est l'extirpation complète du kyste, contenant et contenu ; elle débarrasse complètement et rapidement le malade de cette infirmité gênante, elle abrite contre la récidive, et si elle est faite proprement, on n'a pas à craindre des complications inflammatoires.

Intervention par la voie sus-hyoïdienne qui permet une incision assez longue pour « accoucher le kyste » faite sous anesthésie générale ; l'incision est médiane et va de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde. On arrive ainsi sur la tumeur qu'on énuclée facilement ; il n'est pas besoin de drainer, et on suture la peau ; les suites opératoires sont excellentes.

« Une cicatrice même à la suite de la meilleure réunion est toujours visible, dit Monod dans un article du *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891, et la question vaut qu'on se la pose, lorsqu'il s'agit d'une jeune fille du monde, pour qui le mariage commence à avoir

quelque attrait. Une cicatrice au cou ne va pas d'ordinaire sans quelque soupçon de lymphatisme. Je connais une mère, dit-il, dont j'ai opéré la fille d'un abcès ganglionnaire du cou ; la cicatrice était punctiforme et cependant je ne sais à quels artifices elle n'a pas eu recours pour dissimuler cette petite tare, qui dans son esprit devait nuire à l'établissement de son enfant, qui n'en est pas moins fort bien mariée. »

Dans les cas qui nous occupent, la cicatrice résultant de cette intervention est abritée, cachée par la saillie du menton, et pour la voir, il faut se baisser ou renverser la tête du sujet en arrière. Gérard Marchant citait, en 1891, le cas d'une jeune fille de 17 ans qu'il avait opérée par voie sus-hyoïdienne ; chez elle, le côté esthétique importait beaucoup puisqu'elle était jeune, jolie et mondaine ; le résultat a satisfait grandement opérée et opérateur.

Les suites opératoires sont des plus simples en général, et au bout de huit jours, le malade sera complètement guéri de sa petite infirmité.

Le seul traitement des kystes thyro-hyoïdiens et sus-sternaux est aussi l'extirpation complète. L'incision simple est la plus mauvaise des interventions, car elle entraîne fatalement une fistule interminable, que l'on est obligé d'extirper secondairement et qui est une source d'ennuis pour le malade et pour le médecin. Cependant en présence d'accidents aigus d'infection, on peut se contenter d'inciser la poche, mais il faut prévenir le malade que ce n'est là qu'un traitement palliatif. Quand l'infection est atténuée, il faut intervenir de nouveau, et à froid, on enlèvera alors toute

la poche. Pour être utile, l'extirpation doit être absolument complète ; en général, il est facile de disséquer le kyste en avant et sur les côtés. Profondément, la séparation est rendue difficile par l'adhérence à l'os hyoïde ; il faut raser avec soin la face postérieure et poursuivre ses prolongements. Si un lambeau de la paroi était resté adhérent à l'os hyoïde, il faudrait revenir à sa recherche et l'enlever, si on ne peut au bistouri, à la curette ; mais la seule condition de succès est d'extirper la totalité de la poche ; quand on se sera pénétré de cette vérité, on ne verra plus de ces fistules interminables qui sont secondaires à une incision de kyste ou à une extirpation incomplète. Malheureusement, cette extirpation est quelquefois entourée de grosses difficultés, on croit avoir enlevé la totalité et malgré tout il y a récurrence.

Au cours des opérations, on a parfois signalé des troubles de la respiration. On attribue l'accident à des tractions exercées sur l'os hyoïde pendant qu'on fait la suture. Ces troubles respiratoires sont probablement d'ordre réflexe, on les comprendrait mieux s'ils résultaient de tractions directes sur une poche adhérente à l'os hyoïde. En général, les malades se remettent rapidement après quelques mouvements de respiration artificielle.

OBSERVATIONS

I. — KYSTES DERMOIDES SUS-HYOIDIENS

OBSERVATION I

(Professeur Gross), *Thèse Pilon*, Nancy, 1883.

Mademoiselle V... vient consulter, en décembre 1881, le professeur Gross, pour une tumeur développée sur la ligne médiane, à la région sus-hyoïdienne. Au dire des parents, le début de cette tumeur remonterait à la première enfance. Depuis cette époque la grosseur a augmenté progressivement. Cependant elle n'a jamais donné lieu à aucun accident sérieux, tel que douleur ou inflammation. A l'examen de la malade, on constate que la tumeur fait saillie sur la ligne médiane du cou au-dessus de l'os hyoïde. D'une forme arrondie, elle présente la grosseur d'une petite pomme. La palpation fait reconnaître la mobilité et l'absence d'adhérence dans la profondeur. Sa consistance est élastique, pas de fluctuation, et aucune saillie dans le plancher buccal. Le diagnostic porté est celui d'un kyste congénital, très probablement dermoïde. Le 16 décembre, extirpation. On enlève successivement le contenu de la tumeur et ses parois. A la face profonde existait un prolongement entre les génio-hyoïdiens. L'examen histo-

logique confirme le diagnostic de kyste dermoïde, contenu formé de matière sébacée renfermant de petits poils. La guérison est survenue à la fin du mois.

OBSERVATION II

TILLAUX (*Gazette des Hôpitaux*, 1885).

Femme de 28 ans. Santé générale satisfaisante. Pendant son enfance atteinte d'une affection oculaire. Ses règles, survenues à 12 ans, n'ont jamais été très régulières. N'a pas eu d'enfants. A l'âge de 7 ans, c'est-à-dire il y a environ vingt et un ans, la malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur occupant la ligne médiane de la région sus-hyoïdienne et présentant, dit-elle, la grosseur d'un œuf de poule (c'est un peu exagéré). La tumeur avait atteint son volume total dans l'espace de huit jours et serait restée stationnaire pendant une vingtaine d'années. Il y a deux ans, apparut une deuxième tumeur dans la région sus-hyoïdienne latérale gauche et enfin une troisième qui fit saillie du côté de la bouche, en soulevant légèrement la muqueuse du même côté. Ces diverses évolutions se sont produites sans que la malade éprouve la moindre douleur. A l'heure actuelle, les régions sus-hyoïdiennes médiane et latérale gauche sont occupées par une tumeur qui présente le volume d'un gros œuf de poule ; elle est bilobée, le lobe médian est peut-être un peu plus petit que le lobe latéral. Ces deux lobes sont séparés par une légère dépression. En examinant l'intérieur de la bouche, on ne constate pas une tumeur, mais un soulèvement de la muqueuse. La tumeur est mobile lorsque la tête est au repos, s'immobilise et se tend lorsque les muscles sus-hyoïdiens sont mis en état de contraction, ce qu'on obtient en ordonnant à la malade d'abaisser le menton et en s'opposant à ce mouvement. Donc tumeur recouverte par un plan muscu-

laire. Tumeur née dans la région sus-hyoïdienne médiane au-dessus de l'aponévrose entre le feuillet et le muscle mylo-hyoïdien. Kyste dermoïde.

OBSERVATION III

Gérard MARCHANT (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891).

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui portait depuis de longues années une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon, la tumeur déformait la région *sus-hyoïdienne* sur la ligne médiane et au-dessus de l'os hyoïde; la tumeur adhérait à cet os si intimement qu'il ne m'était pas possible d'interposer les deux doigts entre l'axe hyoïdien et le contour du kyste. La forme régulière du kyste, absolument arrondie, son apparition dans l'enfance, ses connexions avec le squelette hyoïdien, son siège médian, me firent porter le diagnostic de kyste dermoïde adhyoïdien. J'ai opéré cette jeune fille par la voie sus-hyoïdienne avec l'aide des docteurs Demoulin et Lyot; le diagnostic était exact de tous points. L'adhérence à l'os hyoïde était telle que j'ai dû attirer l'hyoïde en dehors pour pouvoir le séparer de ses connexions fibreuses avec la tumeur; cette manœuvre que je fis cependant avec prudence entraîna un arrêt respiratoire de quelques secondes, qui ne fut pas sans m'inquiéter. Le kyste renfermait de la matière butyreuse; sa paroi était tapissée de poils, et l'examen histologique fait par M. Lyot n'a laissé aucun doute sur sa nature dermoïde. Cette jeune fille a guéri en huit jours sans drainage; elle a une cicatrice linéaire, abritée pour l'œil par la saillie du maxillaire inférieur et du menton, et on ne se doute pas de l'opération qu'elle a subie.

OBSERVATION IV

BAZY (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891).

Homme de 31 ans. A remarqué depuis environ un an une grosseur comme une noisette à la région sus-hyoïdienne. La tumeur augmente peu à peu et actuellement elle a le volume d'un petit œuf de poule. Elle est ovoïde, légèrement aplatie dans le sens antéro-postérieur, molle, fluctuante, et adhérente à l'os hyoïde. Pas de trouble de la déglutition ni de la phonation et de la respiration. Diagnostic de kyste dermoïde. Incision verticale sur la ligne médiane, depuis le maxillaire inférieur jusqu'à deux ou trois centimètres au-dessous de l'os hyoïde. Dissection laborieuse à cause de ces adhérences aux muscles et surtout aux grandes cornes de l'os hyoïde. Suture profonde en surjet pour combler la cavité résultant de l'ablation de la tumeur. Guérison. La tumeur présente le caractère microscopique indiqué. Contenu analogue à du mastic, quelques poils.

OBSERVATION V

BAZY (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891).

Jeune homme de 19 ans, a vu se développer dans la région sus-hyoïdienne, il y a environ 8 mois, une tumeur grosse comme une petite noisette, profonde, non douloureuse, roulant sous la peau ; cette grosseur s'est développée peu à peu et a atteint le volume d'une noix. Elle est régulière, médiane, de consistance un peu ferme, résistante, donnant la sensation d'un contenu mou dans une paroi tendue ; la peau est mobile et non altérée au niveau de la tumeur qui est adhérente aux parties profondes et à l'os hyoïde. Pas de

saillie du côté du plancher de la bouche. Diagnostic : kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne. L'opération fut pratiquée le 18 août 1880.

OBSERVATION VI

MERMET (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891).

R... Joseph, âgé de 34 ans, palefrenier, entra à l'hôpital Beaujon le 11 septembre 1890 pour une tumeur sus-hyoïdienne qui, suivant lui, est apparue il y a un an; il vit à ce niveau dans la partie profonde de la peau, se développer une tumeur de la grosseur d'une noisette, indolente, dure, roulant sous le doigt. Depuis cette époque, cette tumeur n'a cessé de grossir. A l'examen, on constate une tumeur du volume d'un œuf de poule, ayant à peu près 6 centimètres dans son grand diamètre et 3 ou 4 dans le diamètre transversal. Elle est de forme ovoïde et semble collée sur la région sus-hyoïdienne à laquelle elle adhère intimement. Elle se prolonge jusqu'à l'os hyoïde auquel elle adhère par son extrémité inférieure. La peau n'est pas adhérente à la tumeur, elle est mobile dans toute l'étendue. Sa consistance est variable suivant le sens de l'exploration. Elle ne fait aucune saillie du côté de la bouche. Diagnostic: kyste dermoïde sus-hyoïdien.

OBSERVATION VII

MOTY, Kyste dermoïde sus-hyoïdien suppuré
(*Echo médical du Nord*, 1901)

D... soldat au 43^e d'infanterie, entre le 11 juin 1894 à l'hôpital militaire de Lille pour une tumeur sus-hyoïdienne d'origine très ancienne. Cette tumeur, qui a déjà motivé

une première entrée à l'hôpital du 10 au 28 janvier 1894, était à cette époque indolore, médiane, quoiqu'un peu déviée à gauche, ronde, mobile sous la peau, mais adhérente par un pédicule à l'os hyoïde et du volume d'une noix. Le diagnostic d'inclusion fut porté, mais l'intervention ne paraissant pas urgente fut ajournée. En juin, la tumeur s'enflamma peu à peu, occasionnant de la gêne des fonctions de mastication et de la douleur, de sorte qu'à l'entrée du malade, elle se présentait sous l'aspect d'un phlegmon sus-hyoïdien adhérent à l'arcade maxillaire, commençant à gêner la respiration et donnant la sensation de fluctuation.

Le 13 juin, ponction de la tumeur au bistouri sur la ligne médiane, issue de pus séreux et de matière sébacée ; drain de caoutchouc. La tumeur se résout les jours suivants, mais le drain se perd dans la profondeur.

Le 29 juin, l'orifice de la ponction est refermé et le kyste se remplit à nouveau. Incision, résection de la partie antérieure de la poche ; écoulement d'un liquide épais, trouble, blanc jaunâtre, et au fond de la poche vide le bout de drain perdu. On saisit les bords du restant de la poche par deux pinces de Péan, on la dissèque avec des ciseaux et une sonde cannelée jusqu'à isolement de deux prolongements l'un vers l'os hyoïde, l'autre vers les vaisseaux carotidiens gauches. On sectionne la poche en avant de ces deux prolongements, puis après avoir tamponné un instant la plaie opératoire, on la remet à nu et on aperçoit en écartant fortement ses bords, les petits lambeaux d'épithélium laissés en place, l'un sur la face antéro-supérieure de l'os hyoïde, l'autre sur la bifurcation de la carotide primitive ; en saisissant ces lambeaux très nettement visibles avec des pinces à disséquer, on les enlève sans difficulté. Point de suture.

L'examen de la pièce montre que la tumeur se composait de la poche kystique à laquelle adhéraient en avant une masse indurée contenant les deux ganglions sus-hyoïdiens médians hypertrophiés. On n'y a trouvé ni bacilles, ni

masses phymatoïdes. Ablation de la suture le 3 juillet, réunion complète. Injection d'une goutte de naphthol camphré dans la cicatrice les 3, 5 et 9 juillet; guérison complète.

Il y a lieu de noter dans cette observation :

1° La suppuration du kyste survenue sans cause extérieure apparente, fait observé plusieurs fois;

2° La complication d'engorgement ganglionnaire probablement consécutif à la suppuration (ces ganglions n'étaient pas perceptibles lors de la première entrée à l'hôpital, ils n'étaient probablement pas tuberculeux);

3° L'avantage qu'il y a en cas d'adhérences profondes difficiles ou dangereuses à détruire, à sectionner la poche en deçà des adhérences pour extraire ensuite, après dessèchement de la plaie, la petite plaque épithéliale restée au point d'insertion du kyste.

OBSERVATION VIII

ABADIE (*Bulletin de la Société Anatomique de Montpellier*, 1903).

Femme de 20 ans; à 12 ans avait eu des glandes dans la région sous-maxillaire droite, dont restent des cicatrices violacées. Depuis deux ans elle porte dans la région sus-hyoïdienne médiane une tuméfaction qui a augmenté sensiblement de volume depuis huit mois. On trouve, en effet, une tuméfaction sous-mentale médiane, large et diffuse, qui, dans la bouche, fait une légère saillie sur le plancher buccal. Au palper, elle donne la sensation d'un empatement mou.

Opération : Chloroforme, incision cutanée longue de 7 centimètres le long du bord du maxillaire inférieur; on enlève trois ganglions tuberculeux agglomérés. Au fond de la plaie, on voit la tumeur blanchâtre, lisse, molle, pâteuse, gardant l'empreinte du doigt. On l'attire superfi-

ciellement, énucléation facile, sauf au pôle inférieur où sont quelques tractus fibreux profonds. La tumeur a le volume d'un gros œuf, légèrement étranglée en deux points symétriques à sa partie médiane ; elle affecte la forme d'une brièche, contenu sébacé. La nature dermoïde de ce kyste est confirmée par l'examen histologique.

OBSERVATION IX

DUJARRIER (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1904).

Homme de 20 ans, porte depuis deux ans une tuméfaction sus-hyoïdienne médiane, arrondie, régulière, nettement fluctuante, elle n'occasionne aucun trouble fonctionnel.

Opération : Voie cutanée, incision médiane, énucléation facile, pas d'adhérences. Guérison au 9^e jour. Paroi nettement dermique avec quelques papilles ébauchées ; contenu : enduit sébacé.

OBSERVATION X

Kyste dermoïde médian du plancher buccal à évolution sus-hyoïdienne.

Marguerite D..., 31 ans, entre, le 22 novembre 1906, à la clinique de M. le professeur Poncet. A l'âge de 12 ans, elle s'était aperçue de la présence au niveau de la région sus-hyoïdienne médiane d'une petite tumeur du volume d'une noisette qui disparut en quelques mois sous l'action d'une pommade. Dix-sept ans après, c'est-à-dire il y a un an, à la fin d'une grossesse, apparaît à la même place une nouvelle tumeur, qui, peu à peu, est arrivée à acquérir le volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur occupe la

région sus-hyoïdienne médiane. La malade semble avoir un double menton. A la palpation, on sent une masse ovoïde, lisse et régulière, molle, donnant une sensation intermédiaire à la fluctuation vraie des masses liquides et à la consistance pâteuse des lipomes. Pas de douleur, pas de gêne de la déglutition ni de la phonation. A l'examen de la cavité buccale, on voit une saillie irrégulière de la région sublinguale plus forte à gauche. En palpant la tumeur par la cavité buccale et par l'extérieur, on sent qu'elle est incluse dans l'arcade de la mâchoire, elle conserve sa mobilité et suit un peu les mouvements de la déglutition. Pas de retentissement ganglionnaire. Incision sus-hyoïdienne médiane ; on tombe sur la tumeur au devant de laquelle s'étalent latéralement les deux mylo-hyoïdiens rejetés sur les côtés par son développement. On incise le mylo-hyoïdien droit pour observer la tumeur et on arrive à l'énucléer. Pendant ce temps la poche peu résistante se rompt en plusieurs endroits et laisse échapper un magma butyreux qui montre qu'il s'agit bien d'un kyste dermoïde. A la partie inférieure, elle adhère à l'os hyoïde par un pédicule fibreux qu'on sectionne au ras de l'os.

OBSERVATION XI

BATUT, Kyste dermoïde hyoïdien volumineux (*Revue de Chirurgie*, 1909).

Il s'agit d'un malade qui, depuis deux ans, présentait à la région sus-hyoïdienne et sur la ligne médiane une petite induration profonde, sans cause apparente, n'ayant amené aucune gêne. La ponction ramena un liquide lactescent ; on fit le diagnostic de kyste séreux ; on extirpa la tumeur du volume d'un œuf de poule, et on constata à l'ouverture la nature dermoïde de la tumeur ; elle ne renfermait ni poils, ni glandes sudoripares, mais un contenu graisseux renfermant des cristaux innombrables de cholestérine.

OBSERVATION XII

BATUT, Kyste congénital adhyoïdien (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1912).

En août 1912, un cavalier du 7^e dragons se présente au docteur Batut, se plaignant d'éprouver des difficultés de la déglutition et une tension douloureuse au-dessous de la mâchoire inférieure.

Depuis six mois il avait vu se développer petit à petit une tumeur qui était aujourd'hui visible dans la région sus-hyoïdienne.

Cette tumeur saillante était nettement perceptible au toucher, surtout quand on la pinçait entre l'index introduit dans la bouche et le pouce appliqué sur la peau de la région sus-hyoïdienne.

On percevait ainsi une sensation de résistance et il semblait que la tumeur fût à l'os hyoïde.

Le docteur Batut procéda à l'ablation de la tumeur. Insertion du kyste par un épaissement fibreux sur la face postérieure de l'os hyoïde. Une fois cette insertion sectionnée, la tumeur fut facilement enlevée. Ce kyste contenait un liquide couleur d'albumine d'œuf non cuite, lactescente, avec des gouttes huileuses.

La coupe histologique n'a pas été faite. Il semble qu'on se trouve en présence d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION XIII

HUC et MOULONGUET, Kyste dermoïde adhyoïdien (*Bulletin de la Société Anatomique*, Paris, avril 1922).

Ces auteurs ont observé dans le service du professeur

Broca un cas de cette variété rare de tumeur congénitale du cou.

G... Georgette, 3 ans, entre, le 18 janvier 1922, salle Baudelocque, pour une grosseur apparue au cou. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels. Depuis trois semaines environ, la famille s'est aperçue que l'enfant présentait sur la face antérieure du cou une tumeur de la grosseur d'un petit pois. Cette tumeur augmente régulièrement et quoiqu'elle ne détermine ni gêne ni douleur, l'enfant est conduite à l'hôpital et admise dans le service du professeur Broca.

A l'examen : Sujet présentant toutes les apparences d'une bonne santé et d'un développement normal. Sur la ligne médiane du cou on trouve, à hauteur de la face antérieure de l'os hyoïde, une tumeur régulièrement arrondie, du volume d'une petite bille, lisse, indolore, dure, légèrement résistante. Les téguments sont mobiles sur cette tumeur; par contre elle est réunie à la face antérieure du corps de l'os hyoïde par un pédicule profond, assez court, de sorte que la mobilisation en tous sens de la tumeur entraîne immédiatement celle de l'os. Elle suit d'ailleurs l'hyoïde dans les mouvements de déglutition. Aucun trouble de la déglutition, de la respiration ou de la phonation.

Opération le 19 janvier 1922. Ablation en masse du kyste et de la partie moyenne de l'hyoïde.

Suites opératoires normales.

Malade sortie guérie en février 1922.

L'examen du kyste montre qu'il est uniloculaire et exactement sphérique et qu'il est rempli d'une matière sébacée. Un petit pédicule l'unit au corps de l'os hyoïde.

L'étude histologique montre qu'il possède une paroi mince mal limitée d'avec les tissus voisins refoulés. Cette paroi est formée d'un stroma conjonctif fibreux et d'un épithélium très aplati dont il est aisé de reconnaître cependant, en quelques points, qu'il est pluristratifié pavimenteux. La couche profonde est cubique; la couche moyenne très aplatie est chargée de grains d'éléidine, la couche

superficielle exfoliée et souvent confondue avec le contenu du kyste est cornée.

Il n'y a ni glande, ni poil, ni papille dermique.

C'est donc au propre un kyste épidermoïde.

Cependant l'usage est d'appeler de telles formations kyste dermoïde congénital ; c'est pourquoi ces auteurs ont adopté cette nomenclature.

Les exemples aussi typiques de kyste dermoïde adhyoïdien tel qu'il a été décrit par Gérard Marchant sont sans doute peu fréquents puisque M. le professeur Broca a dit n'en avoir jamais rencontré. C'est sur son conseil que les auteurs présentent cette pièce.

II. — KYSTES DERMOIDES THYRO-HYOIDIENS

OBSERVATION XIV

P. BROCA, Kyste dermoïde médian du cou (*Traité des tumeurs*, Paris, 1869, t. II, page 79).

Broca rapporte le cas d'un kyste dermoïde thyro-hyoïdien qu'il a observé chez un jeune homme de 17 ans. La tumeur pour laquelle il venait réclamer les soins du chirurgien ne s'était manifestée que vers l'âge de 13 ans. La tumeur qui était grosse comme un œuf de poule fut disséquée et extirpée sous l'influence du chloroforme et on trouva plusieurs poils au milieu de la masse de matière sébacée qui la remplissait. Il y avait plusieurs minutes que l'opération était terminée et que l'inhalation de chloroforme était suspendue quand la respiration cessa tout à coup. Malgré les soins les plus énergiques et les plus persistants, l'opéré ne put être rappelé à la vie. Ce fait s'est passé le 31 octobre 1865 à l'hôpital Saint-Antoine.

OBSERVATION XV

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien (*Bordeaux médical*,
n° 27, 25 août 1872).

Un jeune homme de 18 ans portant une tumeur à la face antérieure du cou s'est présenté à l'hôpital pour être opéré. Il raconta que ses parents avaient vu cette tumeur six mois après sa naissance. Depuis ce moment elle avait grossi lentement sans jamais amener de douleurs violentes. Cette tumeur arrondie, du volume d'une petite pomme, sans changement de couleur à la peau, était molle, peu distendue, semi-fluctuante, sans transparence. Située exactement sur la ligne médiane entre l'os hyoïde et les premiers anneaux de la trachée, elle était adhérente aux parties profondes et suivait les mouvements du larynx pendant l'acte de déglutition. Une ponction faite à l'aide d'un appareil aspirateur donna issue à une matière épaisse, blanchâtre, analogue à celle contenue dans les loupes. Dès lors l'extirpation fut décidée. En disséquant de chaque côté après avoir fait une incision verticale médiane, on vit que le kyste recouvert par les muscles thyro-hyoïdiens s'étendait jusque sur la membrane de ce muscle. On dut râcler l'os hyoïde. Le kyste put être enlevé tout entier sans avoir été ouvert, et l'opération en fut facilitée d'autant. C'était un type de kyste dermoïde avec une première enveloppe fibreuse et une paroi interne semblable à la peau, présentant un grand nombre de poils soyeux et blanchâtres, les uns implantés directement sur la paroi, les autres libres dans la cavité remplie d'une matière grasse ressemblant à de la crème épaissie. Le malade est sorti parfaitement guéri quinze jours après l'opération.

OBSERVATION XVI

HEURTEAUX, 1874 (*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*, t. XIX, page 753, art. Kystes).

Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans auquel j'avais eu l'occasion de pratiquer la staphylorrhaphie cinq ans auparavant, pour une division congénitale du voile du palais, opération qui, d'ailleurs, avait bien réussi. Ce jeune homme portait au cou, au niveau de la région thyro-hyoidienne, une tumeur molle sans adhérences à la peau ayant le volume d'une noix. La mère interrogée au sujet de cette tumeur m'apprit qu'elle s'en était aperçue lorsque l'enfant avait un mois environ, mais qu'à ce moment cette tumeur était à peine grosse comme une noisette. Depuis cette époque cette tumeur s'était accrue progressivement et en définitive elle constituait une difformité fort désagréable; de sorte que ce jeune homme demandait à en être délivré, bien que cette production ne fût pour lui la source d'aucune gêne. La consistance était molle et fluctuante, la peau mobile et de couleur naturelle, mais quand on cherchait à faire mouvoir la tumeur sur les couches profondes, elle ne paraissait pas complètement libre et dans le mouvement de déglutition, elle s'élevait en même temps que le larynx. La connaissance de deux faits publiés par Broca me fit penser à la possibilité d'un kyste dermoïde, d'autant plus que l'origine congénitale de la tumeur ne paraissait pas douteuse. Toutefois, après avoir tout préparé pour l'extirpation, je fis dans la tumeur une ponction afin de reconnaître la nature du contenu; il s'échappa un pus de nature granuleuse, semblable à celle qui remplit les kystes dermoïdes ou sébacés. L'extirpation fut donc pratiquée sur le champ à l'aide d'une incision verticale. La tumeur avait rejeté sur les côtés les muscles thyro-hyôidiens et reposait sur la membrane thyro-hyôidienne.

A sa base elle adhérait par son pourtour à l'aponévrose d'enveloppe des muscles sterno-hyoïdiens et profondément, elle était intimement confondue avec le périoste du corps de l'os hyoïde. Examinée après l'ablation, elle présenta une paroi mince, un contenu très épais, blanchâtre, granuleux, composé surtout de cellules épidermiques, mais renfermant aussi un peu de matière grasse et quelques poils très fins et très courts.

L'opéré se rétablit parfaitement.

OBSERVATION XVII

(*Lyon médical*, 1879).

Xavier L... entre à l'Hôtel-Dieu en février 1879. Il est âgé de 23 ans, d'apparence robuste et n'a jamais été malade. Il entre à l'hôpital pour se débarrasser d'une tumeur de la grosseur d'une noix, lisse et fluctuante, située à la partie médiane et antérieure du cou, un peu au-dessus du cartilage thyroïde. Il reconnut porter cette tumeur seulement à l'âge de 11 ans ; elle avait alors la grosseur d'une noisette. Il n'en était nullement incommodé ; pendant environ deux ans, à peu près à l'époque où il s'est aperçu de cette tumeur, il salivait beaucoup et avait à chaque instant besoin de cracher. Deux ans avant, il avait consulté un médecin (car il lui était désagréable de conserver cette tumeur) qui lui avait fait plusieurs ponctions. Rien ne s'écoula par le trocart et ce n'est que par expression qu'il fit sourdre une substance jaunâtre, épaisse, s'écrasant sous le doigt. Le malade dit que cette substance avait à peu près la consistance de la confiture, mais une chose qu'il se rappelle très bien et qui l'étonna beaucoup, c'est qu'il sortit en même temps un poil de 3 à 4 centimètres de longueur. Pendant quelque temps, le malade se crut guéri, mais peu à peu la tumeur grossit de nouveau et un an après, il n'était pas plus avancé qu'avant l'opération.

Actuellement la tumeur est lisse, de la grosseur d'une noix et située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, immédiatement au-dessous de l'échancrure médiane du cartilage. Elle est sous-cutanée. La tumeur est pédiculée, mais il est assez difficile de préciser son point d'implantation ; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle paraît complètement indépendante du cartilage et avoir son point d'implantation sur la partie antéro-inférieure du corps de l'os hyoïde.

Le 15 mars, opération. On porte le diagnostic de kyste congénital. La dissection est laborieuse. La tumeur est très adhérente aux parties voisines, surtout près de la base qui vient s'implanter sur l'os hyoïde. Incision du kyste qui donne issue à une matière blanchâtre contenant de nombreux poils.

L'examen histologique confirme le diagnostic.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

DUMÉNIL, Kyste dermoïde du cou à la partie médiane de l'espace thyro-hyoïdien (*Observation in thèse Fauvel, Paris, 1877*).

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un jeune homme de 20 ans environ, qui s'est présenté à la consultation de l'Hôtel-Dieu, à Rouen, en juillet 1887, pour être débarrassé d'une petite tumeur qu'il portait à la partie antérieure du cou. Cette tumeur siège dans l'espace thyro-hyoïdien, elle a le volume d'un œuf, elle est bien circonscrite, hémisphérique, fluctuante, indolente et suit complètement les mouvements du larynx. Ponction, matière blanc jaunâtre ayant la consistance de l'axonge, inflammation, suppuration, sortie d'un poil avec le contenu de la poche. Guérison, persistant encore cinq ans après.

OBSERVATION XIX

DUMENIL, Kyste dermoïde situé sur la ligne médiane du cou, au niveau de l'espace thyro-hyoïdien (*Observation in thèse Fauvel*, Paris, 1887).

Frère jumeau du précédent, 22 ans, tumeur existant depuis plusieurs années et devenant lentement de plus en plus grosse. Volume d'une noix. Une ponction exploratrice décèle un contenu épais, blanchâtre, présentant un poil long de 3 centimètres. Lavage de la cavité à l'eau alcoolisée et injection de teinture d'iode ; drainage ; 6 mois après, le kyste persiste toujours. On pratique alors l'extirpation. On fait l'examen histologique, le derme présente une couche papillaire ; il renferme de nombreuses glandes sébacées avec poils, des glandes sudoripares non glomérulées analogues aux glandes des paupières, des amas de fibres musculaires lisses et striées. Le contenu n'a pas été examiné.

OBSERVATION XX

Kyste dermoïde thyro-hyoïdien congénital (*Observation KUMMER, in Revue Médicale de la Suisse romande*, Genève, 1893).

Jeune garçon de 10 ans, est amené pour une grosseur du cou. Cet enfant, bien conformé, est venu au monde avec une grosseur située sur la ligne médiane de la région cervicale supérieure, elle ne lui a jamais causé de douleurs, mais elle s'accroît lentement et dépare le cou, aussi les parents désirent-ils son extirpation. Le 30 mai 1893, on constate au niveau du larynx, entre l'os hyoïde et le

cartilage thyroïde, sur la ligne médiane du cou une tuméfaction du volume d'une noix ; la peau intacte est mobile sur la tumeur, cette dernière monte et descend pendant la déglutition ; elle est de consistance élastique mobile sur les parties sous-jacentes. Incision sur la ligne médiane ; division de la peau du tissu sous-cutané, d'une aponévrose épaisse qui recouvre la tumeur. Après avoir écarté les muscles sterno-hyoïdiens on peut facilement énucléer la tumeur, qui ne présente aucune adhérence avec les parties profondes ; au fond, on voit le cartilage thyroïde ; les fils de la plaie sont enlevés après 48 heures. Guérison. On pratique l'examen histologique : kyste dont le revêtement épithélial présente la composition de l'épiderme avec une couche de cellules kératinisées et un contenu formant une bouillie athéromateuse.

OBSERVATION XXI (Résumée)

Kyste dermoïde du cou (*Observation in thèse Roques, Montpellier, 1898*).

T... Delphine, âgée de 7 ans, entre à l'hôpital en janvier 1898, pour une tumeur siégeant à la partie antérieure du cou qui, au dire de la mère, aurait débuté à l'âge de 1 mois. On constate sur la partie médiane du cou une tumeur ayant les dimensions d'une noisette, placée au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Elle n'adhère pas à la peau et paraît fixée profondément par un pédicule sur le cartilage thyroïde ; elle est molle, mais pas nettement fluctuante. On porte le diagnostic de kyste dermoïde. On fait l'énucléation. L'examen histologique confirme le diagnostic. Le kyste contenait une substance blanchâtre, bouillie athéromateuse composée de granulations graisseuses et de cristaux de cholestérine. La paroi était revêtue d'épiderme. Guérison complète.

OBSERVATION XXII

RASTOUIL, Kyste dermoïde de la région thyro-hyoïdienne
(*Société anatomique de Paris*, 1900).

L..., âgée de 58 ans, entre le 10 septembre, salle Gosselin, hôpital Saint-Louis, présente à la partie antérieure du cou, une tumeur qui a débuté en février. Cette tumeur était alors du volume d'une noisette, elle était régulière. Depuis, elle a grossi peu à peu sans entraîner de troubles.

Actuellement la tumeur a le volume d'une noix ; elle est arrondie, peu tendue, paraît fluctuante ou tout au moins rénitente. Elle est exactement médiane : elle débordé en bas le bord supérieur du cartilage thyroïde ; en haut elle atteint l'os hyoïde dont on peut la séparer. Latéralement elle se perd au niveau de la saillie du bord postérieur du cartilage thyroïde. Elle suit très nettement le larynx dans les mouvements de déglutition. Quelques veines sur la face antérieure de la tumeur.

Opération : Le kyste est ouvert quand on veut le séparer de l'os hyoïde. Il présente un prolongement postérieur qui s'insinue en arrière de l'os hyoïde. Ce prolongement adhère intimement à la face postérieure de l'os hyoïde et il ressort à 1 centimètre en arrière et au-dessous.

Examen de la pièce : Microscopiquement : tumeur irrégulièrement bombée, ovoïde, grisâtre, molle, pâteuse. A la coupe, il s'écoule un liquide mélécérique (purée de châtaignes), jaunâtre, la paroi est régulière, d'épaisseur très inégale, mais qui ne dépasse pas 2 à 3 millimètres. Dans toute son étendue, elle est entourée d'une capsule.

Examen histologique : Deux caractères remarquables : d'une part l'abondance de vaisseaux dans la paroi, d'autre part, la déhiscence presque complète du revêtement épithélial. La paroi est formée par un stroma fibreux riche en noyaux, sans fibres élastiques, les veines sont abon-

dantes par place, ailleurs on constate que les petits rameaux capillaires prédominent, mais nulle part on ne trouve de formations rappelant les vésicules thyroïdiennes. Le revêtement épithélial a disparu dans la presque totalité de la paroi ; cependant dans quelques endroits on le reconnaît formé d'un épithélium granuleux, stratifié. Le stratum granulosum est peu net ; il n'y a pas de couche cornée. Dans d'autres endroits, le revêtement épithélial est formé simplement par cinq ou six assises de cellules dont les plus superficielles subissent une transformation cornée.

OBSERVATION XXIII

HALLOPEAU et MUTEL, Kyste dermoïde du cou développé devant le corps thyroïde, en imposant pour un goître (*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1910).

Homme de 30 ans, exerçant la profession de journalier, entre le 9 juin 1910, pour une tumeur siégeant sur la face antérieure du cou au-dessous de l'os hyoïde. C'est vers l'âge de 18 ans que le malade, un jour, s'aperçut de la présence au-devant du cartilage thyroïde d'une petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon, absolument indolore. Les années suivantes le volume n'augmente pas et le malade ne s'en inquiète nullement. Il y a six mois elle grossit assez vite et en quinze jours atteignit la grosseur d'une orange. Rien dans les antécédents pour éclairer le diagnostic ; jamais dans sa famille il n'a connu de goitreux ; il a toujours vécu à Château-Thierry et à Paris. Il n'a jamais été malade. Pas de syphilis. L'examen de cette tumeur est intéressant, car elle ne possède pas les caractères particuliers à ce genre d'affection, mais plutôt ceux d'un goître. Pas de douleurs, de gêne de la parole ni de la déglutition, un peu d'étouffement quand il a le cou serré. La peau n'a aucun caractère particulier ; surface

lisse, consistance rénitente sans fluctuation nette. Elle n'a pas la propriété des kystes congénitaux du cou, qui est la malléabilité, elle n'est pas modelable ; en haut elle remonte peu au-dessus de l'os hyoïde, en bas, elle descend au-dessous du cartilage thyroïde ; elle suit les mouvements de la trachée pendant la déglutition.

Croyant avoir affaire à un goître particulièrement kystique, on recherche sans succès le tremblement, la tachycardie, etc... A l'examen des organes, rien de particulier.

Opération : incision, section des muscles sous-hyoïdiens, adhérences. Un point se déchire ; il sort un liquide louche, entraînant un véritable bombardement d'une cinquantaine de boulettes de couleur mastic grosses comme des petits pois, arrondies et constituées de matière sébacée. La tumeur vide se laisse modeler et garde toutes les empreintes qu'on lui donne. Suites opératoires excellentes.

Donc, en résumé, absence complète de malléabilité qui, jointe aux adhérences, a fait faire le diagnostic de goître. On peut attribuer la formation des boulettes aux mouvements d'ascension du kyste pendant la déglutition et aux frottements contre la paroi.

OBSERVATION XXIV

Docteur WEITZEL, médecin-major de 2^e classe (*Bulletin médical*, 1911). Kyste dermoïde thyro-hyoïdien.

M..., canonnier au 30^e régiment d'artillerie, entre, le 4 février 1910, avec le diagnostic de kyste du cou. Il présente sur la ligne médiane, à la partie inférieure de la région sterno-hyoïdienne, presque au contact de la fourchette sternale, une tumeur bien limitée, arrondie, de la grosseur d'une noix, qui n'adhère pas à la peau, mais ne se déplace pas sur les plans profonds et suit les mouvements de la trachée. Malgré des examens répétés on ne peut arriver

à sentir un pédicule quelconque rattachant la tumeur au squelette hyoïdien. Le sujet est porteur, depuis l'âge de 13 ans, de cette grosseur, qui a subi depuis ces derniers temps et surtout depuis son entrée à l'hôpital, un accroissement rapide. On ne note aucune trace d'adénite. Opération le 26 juin. Incision médiane verticale des plans superficiels. On arrive très rapidement sur une tumeur d'aspect blanchâtre dont la paroi assez mince se déchire, laissant échapper une petite quantité de liquide trouble et de matière sébacée en abondance mélangée avec des poils blancs très longs. L'index introduit dans la poche montre qu'elle se continue en haut par un pédicule étroit dont la dissection est rendue difficile par les nombreuses adhérences aux tissus voisins. On arrive jusqu'à son point d'implantation qui siège au-dessous de la grande corne de l'hyoïde. Résection. Suture. La poche présente un revêtement intérieur d'aspect cutané avec de nombreux poils dont quelques-uns très longs s'enroulent sur eux-mêmes.

OBSERVATION XXV

Kyste de la région thyro-hyoïdienne.
(*Archivio italiano di Chirurgia*, 1921).

R. P., jeune femme âgée de 18 ans. Elle raconte que depuis sa naissance elle présentait dans la région antérieure du cou une petite tuméfaction de la grosseur d'un pois vert. Elle est allée, sans attirer d'ennui à la malade, en augmentant toujours, jusqu'à atteindre le volume actuel ; elle a recours au chirurgien non par souffrance, mais par esthétique.

Etat actuel : On observe dans la région thyro-hyoïdienne une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, de consistance molle, élastique, relativement mobile dans le sens latéral, peu de haut en bas.

Diagnostic anatomo-clinique : Kyste thyro-hyoïdien médian.

Opération : Le 29 avril 1922, on constate l'adhérence de ce kyste à l'os hyoïde avec un infundibulum qui s'élève à quelques centimètres en arrière de cet os. Ouverture du kyste, il se trouve rempli de produit sébacé et la paroi interne a l'aspect de la peau d'un nouveau-né. Elle laisse voir çà et là un léger petit duvet.

Examen histologique : On observe en quelques points des éléments cutanés assez développés et à peine dans d'autres, on voit encore des sections de bulbes pilifères, de glandes sébacées et de glandes sudoripares.

Diagnostic anatomo-histologique : Kyste d'origine ectodermique (dermoïde).

OBSERVATION XXVI (Résumée)

(*Archivio italiano di Chirurgia*, 1921).

R. S., jeune fille d'un ingénieur de Naples, âgée de 9 ans. La famille rapporte qu'il y a deux ans, il se développa dans la région médiane haute du cou (espace thyro-hyoïdien) une petite tumeur des dimensions d'un gros pois gris et qui ne donnait aucun ennui à la jeune fille. La tumeur est allée en augmentant, toujours indolente, jusqu'à atteindre le volume actuel. Elle fut prise pour une glande, mais c'est seulement à cause de l'esthétique qu'elle eut recours au chirurgien.

Etat actuel : Dans la région thyro-hyoïdienne, on voit une tumeur de la grosseur approximative d'un œuf de pigeon, faisant saillie, à limite imprécise, et se prolongeant vers le corps de l'os hyoïde. On peut la déplacer dans le sens latéral légèrement ; avec les mouvements de déglutition, elle se déplace dans le sens vertical.

Diagnostic anatomo-clinique : Kyste thyro-hyoïdien médian.

Opération : Le 16 avril 1914. Sous anesthésie locale, on enlève le kyste qui a un pédicule supérieur attaché à la partie antérieure de l'os hyoïde. Ouverture du kyste, on observe un produit identique à de la purée de pommes de terre, à superficie légèrement granuleuse, onctueuse. On ne voit pas de poils.

Examen histologique : La paroi est constituée d'éléments cutanés non complètement développés. Dans quelques points, les épithéliums ectodermiques sont à deux ou trois couches, sans dépressions intradermiques. Dans d'autres les couches sont plus nombreuses et se rapprochent du type malpighien. Dans quelques points on observe des glandes sébacées aplaties, dans d'autres points il y a des symptômes de formation de bulbes pilifères.

Diagnostic anatomo-histologique : Kyste d'origine ectodermique (dermoïde).

OBSERVATION XXVII (Résumée)

Kyste de la région thyro-hyoïdienne.
(*Archivio italiano di chirurgia*, 1921).

P. E., de Naples, âgé de 21 ans, chauffeur.

La maladie actuelle remonte à l'enfance. Le malade dit que, jeune homme, il s'était aperçu qu'il avait dans la région médiane du cou une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur ne lui a jamais donné d'ennui, mais il a remarqué qu'elle grossissait jusqu'à atteindre le volume actuel ; et c'est par esthétique et non par souffrance qu'il se décidait à l'opération.

Etat actuel : Dans la partie médiane de la région antérieure du cou, et principalement dans la partie correspondant à la moitié inférieure de la région supra-hyoï-

dienne, on note une tuméfaction de la grosseur et de la forme d'une petite mandarine, dont les limites inférieures correspondent à l'angle supérieur du cartilage thyroïde. Les limites supérieures à trois travers de doigts du bord inférieur du maxillaire. Les limites latérales ; celle de droite peut être indiquée par une ligne qui, partant du point d'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs du bord inférieur droit du maxillaire, se dirige verticalement en bas ; celle de gauche peut être indiquée par une ligne qui, partant du point d'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur du bord inférieur du maxillaire, se dirige aussi verticalement en bas. Il résulte de tout cela que la tuméfaction est située sur la ligne médiane et peut-être un peu plus saillante vers la gauche. La tumeur est recouverte de peau normale et non pulsatile. A la palpation elle est de consistance dure, élastique, à superficie lisse et égale. On peut la mobiliser dans toutes les directions, spécialement dans le sens latéral. Propulsion en avant dans la déglutition.

Opération le 15 janvier 1915. Enucléation du kyste et d'un pédicule qui le rattache à l'os hyoïde.

Examen histologique : Structure de la peau à type embryonnaire. La paroi est mince, et les éléments épithéliaux se présentent comme un mince liseré fait de deux ou trois ordres de cellules ectodermiques. Pas de papilles, de poils, de glandes sudoripares. Poche ganglionnaire sébacée, à type embryonnaire. Adhérent au kyste on observe un petit morceau de tissu grand comme un pépin de poire, qui vient aussi d'être examiné. Il est fait d'un tissu fibreux angiomateux, dans la paroi duquel on observe un petit kyste microscopique en voie de formation.

Diagnostic anatomo-histologique : Kyste d'origine ectodermique avec multiples kystes microscopiques dans le voisinage (dermoïde).

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

Kyste thyro-hyoïdien médian.
(*Archivio italiano di Chirurgia*, 1921).

N. M., jeune fille de 20 ans.

Vers l'âge de 5 ans, elle s'aperçut de la présence au-dessous du menton, d'une petite tuméfaction de la grosseur d'un petit pois gris qui ne lui donnait aucun ennui. Une telle tuméfaction augmentant progressivement de volume commence à la préoccuper, car elle atteint le volume d'une noix et commence quelque peu à la défigurer. Pendant que par le passé, la tumeur avait eu un développement très lent, depuis quatre mois elle a augmenté rapidement jusqu'à acquérir en un temps bref, le volume d'une mandarine. Préoccupée de cela, la malade, par crainte de pire, se voyant déjà assez défigurée, demande avec instance l'intervention chirurgicale.

Etat actuel : Sur la ligne médiane du cou, en dessous du menton jusqu'au thyroïdè, on observe une tuméfaction de la grosseur d'une mandarine, à superficie lisse et à limites assez nettes. Légères marbrures veineuses. A la palpation, on circonscrit mieux la lésion et les limites sont précises. Elle a une forme arrondie, consistance molle, élastique, dépressible, et vainquant la résistance des parois, on perçoit une fluctuation profonde. Supérieurement, elle est limitée au bord inférieur du maxillaire ; avec l'exploration combinée par la bouche, on voit qu'elle est placée sous le plan musculaire du plancher de la bouche ; en bas, elle descend à un travers de doigt sur le bord inférieur du thyroïde, latéralement, elle s'étend par trois travers de doigt de l'un et de l'autre côté de la symphyse du menton ; un peu plus vers la droite, la tumeur est placée plutôt sur le bord supérieur du thyroïde, dans l'espace thyro-hyoïdien et occupe toute la région supra-hyoïdienne. Mobile un peu latéralement, moins verticalement, et on constate que la tumeur a des adhérences profondes.

Diagnostic anatomo-clinique : Kyste thyro-hyoïdien médian.

Opération le 27 novembre 1920. Anesthésie locale, novocaïne et adrénaline. Incision transversale s'étendant de l'un à l'autre bord de la tuméfaction, passant par la partie la plus culminante. On incise ainsi la peau, ensuite l'aponévrose dans le sens vertical et avec des crocs, on écarte en les décollant les muscles sterno-hyoïdiens qui recouvrent la tumeur. La tumeur est mise à nu, on l'énuclée délicatement en décollant les adhérences profondes qu'elle contracte avec la membrane thyro-hyoïdienne et avec l'os hyoïde.

Hémostase soigneuse et agrafes de Michel. Pendant les premières 48 heures, on laisse une petite mèche pour le drainage. Guérison par première intention. La cicatrice, perdue dans les plis normaux transversaux du cou, n'est presque plus apparente.

Examen histologique : A l'intérieur le kyste renferme un produit semblable à de la semoule. Sur les parois on constate la présence d'une substance onctueuse ressemblant au smegma du prépuce. A l'examen histologique on remarque les éléments cutanés à une phase peu évoluée, on observe quelques glandes sébacées étalées. Pas de follicules pilifères, ni de glandes sudoripares.

Diagnostic anatomo-histologique : Kyste d'origine ectodermique (dermoïde).

III. — KYSTES SUPRA-STERNAUX

OBSERVATION XXIX

GIRALDÈS in *thèse CUSSET (Bulletin Société Anatomique de Paris, 1847)*.

M. Giraldès a extirpé sur un homme âgé de 20 et quelques années, un kyste du cou situé au milieu de la

distance du cartilage thyroïde à la fourchette du sternum, et dont le malade ne se rappelait pas la première apparition.

Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, mobile sous la peau, fluctuante, aurait pu être prise, en raison de son siège, pour une affection du corps thyroïde si un examen attentif n'eût montré qu'elle ne suivait pas les mouvements d'ascension du larynx dans la déglutition. Une ponction exploratrice donna issue à du pus crémeux mêlé de quelques poils blancs et dans lequel le microscope fit reconnaître des globules graisseux. Après une injection de teinture d'iode non suivie de succès, Giraldès a extirpé la tumeur. La cavité du kyste contient encore une petite quantité du liquide crémeux indiqué, la surface interne d'un blanc nacré est lisse, sauf quelques mamelons réunis au point d'implantation des poils. Deux de ces derniers, blancs et beaucoup plus longs que les autres, sont implantés sur la partie la plus profonde de la tumeur.

OBSERVATION XXX

DESPRÈS, Kyste dermoïde de la fossette sus-sternale
(*Gazette des Hôpitaux*, 1888).

Jeune homme de 19 ans, portant une tumeur occupant la région sus-sternale et empiétant par son extrémité inférieure sur la face antérieure de la première pièce du sternum. Malade faible ; le début remonte à dix ans ; pendant quatre ans évolution de la tumeur lentement sans occasionner de troubles du côté des voies respiratoires et circulatoires. Depuis deux ans elle a progressé d'une façon sensible et est arrivée au point où elle est. Elle siège sur la fourchette sternale, remonte un peu du côté du larynx et descend sur la face antérieure de la première pièce du sternum ; latéralement elle est limitée par les sterno-mastoïdiens. Elle est de forme ovoïde et du volume d'un œuf de poule, pas de bosselures, ni d'inégalités. La peau

glisse à sa surface, elle est indolore. Les mouvements du larynx ne se transmettent pas à la tumeur. Opération : incision, aspect dermoïde, la tumeur renferme une matière grumeleuse de coloration jaunâtre.

OBSERVATION XXXI

POLLOSSON et DIDIER, Kyste dermoïde médian de la région cervico-sternale (*Province Médicale*, Lyon, 1889).

J. P..., 22 ans, célibataire, dévidéuse, entre le 27 mai 1889 à l'hôpital, à Lyon ; père, mère et frères en bonne santé, deux sœurs mortes en bas âge de maladie indéterminée. La jeune fille ne connaît aucun vice de conformation dans sa famille et elle n'en présente pas d'autre que celui qui la fait venir à l'hôpital. Elle y entre pour une tumeur à la fois pré- et sus-sternale, médiane. La partie la plus élevée, cervicale, déborde la fourchette sternale de 3 centimètres, consistance demi-molle, un peu de fluctuation. La peau est mobile sur la tumeur. C'est à l'âge de 10 ans qu'elle s'est aperçue de la présence de la tumeur alors grosse comme une petite noix. Pendant onze ans le volume est resté le même. A cette époque des frictions à l'alcool camphré provoquèrent le développement. Depuis cette époque, limitée à la région sus-sternale, la tumeur s'est étendue vers le bas sur la face antérieure du sternum. Opération : extirpation. Kyste à contenu sébacé de consistance fluide, paroi à aspect d'un morceau de fœtus avec quelques poils follets. Donc kyste dermoïde typique.

OBSERVATION XXXII

GENOUVILLE, Kyste dermoïde de la région cervico-pré-sternale (*Bulletin de la Société Anatomique*, Paris, 1893).

Marie S..., 27 ans, originaire de la Corrèze, entre à l'hô-

pital Necker le 6 janvier 1893 ; rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux, si ce n'est qu'elle est originaire d'un pays où le goître est fréquent ; néanmoins à son dire il n'y a pas de goitreux dans sa famille. La tumeur que la malade porte à la partie inférieure du cou semble avoir paru à l'époque de ses premières règles ; tout au moins est-ce à l'époque de sa « formation » que la malade en rapporte le début, à l'âge de 13 ans.

La tumeur née immédiatement au-dessous de la fourchette du sternum atteint rapidement le volume d'une noix, puisqu'elle paraît être restée sensiblement stationnaire.

La malade se marie à 20 ans ; nouvelle poussée d'accroissement de la tumeur qui acquiert le volume d'une petite mandarine, puis s'arrête de nouveau.

La malade a trois enfants ; le dernier, il y a un an, elle le nourrit encore. Au cours de ce dernier allaitement, il y a sept mois, s'est produite une nouvelle poussée.

Actuellement, au commencement de janvier 1893, la tumeur a le volume d'une grosse orange ; elle mesure exactement 14 centimètres verticalement et 15 centimètres transversalement avec une circonférence de 30 centimètres.

La tumeur est rigoureusement médiane, elle est arrondie sans bosselures et est située assez exactement à cheval sur la fourchette sternale, débordant à peu près également du côté de la région cervicale et au-devant de la première pièce du sternum. A la partie supérieure elle ne dépasse guère le premier anneau de la trachée. La tumeur est sessile, nullement pédiculée, elle est mate et opaque. La peau est normale et point adhérente à la surface. La palpation est indolore. La consistance est un peu variable suivant les moments où on l'examine, tantôt dure et rénitente, tantôt plus molle et presque légèrement dépressible mais jamais réductible. Ces changements de consistance n'ont aucun rapport avec la tension vasculaire, car : 1° la malade n'a jamais remarqué autrefois que sa tumeur fût plus dure

ou plus volumineuse à l'époque des règles ; 2° les efforts n'ont aucune influence sur la consistance. Il semble plutôt que ces variations soient en rapport avec la température et en particulier quand la tumeur est exposée à l'air ; par suite d'un examen prolongé elle devient un peu plus réniente. Elle est mobile dans le sens transversal ; un peu moins, mais encore sensiblement dans le sens vertical. Elle suit un peu les mouvements de déglutition.

On sent de chaque côté du larynx, à la partie supérieure de la tumeur, deux brides profondes qui semblent très faibles et qui semblent maintenir très légèrement la tumeur en place.

Au point de vue général, la malade est d'une très bonne santé et nourrit un enfant âgé d'un an.

A la suite de l'examen clinique de cette femme, M. le professeur Le Dentu écarte absolument l'idée d'un goître ; il écarte également le lipome qui serait plus mou ; il arrive enfin par exclusion au diagnostic de kyste congénital de la région cervicale médiane, variété très rare. Quant à un prolongement rétro-sternal, il faut, dit-il, en envisager l'éventualité, ce peut être une surprise au cours de l'opération, mais l'examen typique de la tumeur ne nous révèle absolument rien de ce côté.

Opération. — Incision sur la ligne médiane. Pas de prolongement profond de la tumeur. On détache les deux chefs du sterno-mastoïdien, bientôt la tumeur ne tient plus qu'au niveau du creux sus-sternal. Au fond de la plaie on voit battre le tronc veineux brachio-céphalique gauche derrière le sternum.

Pendant l'opération on avait constaté que la tumeur était bien un kyste congénital, macroscopiquement c'était bien un kyste dermoïde à contenu sébacé mais sans poils.

Examen histologique. — Le contenu du kyste est une masse jaunâtre. L'examen microscopique y montre des cellules épidermoïdes aplaties et desquamées. La paroi est assez mince. En coupe :

1° Une couche périphérique formée de tissu conjonctif dense, assez vasculaire ;

2° Une zone interne constituée par des cellules épithéliales et semblables au corps muqueux de Malpighi.

En somme, la structure de la paroi de ce kyste est très simple. On ne trouve rien qui rappelle l'existence de papilles ou d'éléments glandulaires.

OBSERVATION XXXIII

MORESTIN, Kyste dermoïde sus- et pré-sternal.

(*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1900.)

Un homme de 31 ans, Henri D., sellier, est entré le 19 septembre 1900 à l'hôpital Saint-Louis. Il porte une tumeur à la partie inférieure du cou depuis l'âge de 10 ans. Elle a grossi fort lentement pendant quelques mois, puis elle est demeurée vingt ans stationnaire; enfin il semble au malade qu'elle est de nouveau en voie d'accroissement. Il n'en souffre point d'ailleurs, mais comme cette production est située sur la ligne médiane au-dessus et au-devant de la fourchette sternale, chaque fois qu'il baisse la tête, le menton la rencontre et ces contacts répétés sont gênants à la longue. En outre, la coquetterie lui est venue sur le tard, et maintenant il souhaiterait porter des cols à la mesure normale.

La tumeur, du volume d'un petit œuf, allongée dans le sens vertical, s'étend depuis la partie inférieure du larynx jusqu'à deux centimètres au-dessous de la fourchette sternale. Elle est comprise entre les tendons sterno-mastoïdiens et les extrémités internes des deux clavicules. Elle est parfaitement médiane et symétrique. Les téguments sont souples, simplement soulevés et absolument indépendants de la tumeur sous-jacente. Celle-ci est bien circonscrite, de consistance demi-molle, vaguement fluc-

tuante, indolente à la pression, et présente une certaine mobilité sur les plans sous-jacents. Toutefois, elle adhère dans la profondeur, et dans la déglutition elle suit nettement le mouvement d'ascension du larynx. Cependant on ne peut reconnaître aucun prolongement, aucun pédicule. La tumeur paraît superficielle et simplement recouverte par la peau. Par ailleurs il n'y a rien à noter, état normal parfait, homme très robuste, n'ayant jamais eu d'autre maladie que celle qui l'amène à l'hôpital.

Malgré les déplacements qu'imprimaient à la tumeur les mouvements du larynx, j'écartai l'idée d'un goître. Cette masse était trop superficielle, trop isolée, le corps thyroïde était si souple et si peu développé qu'il échappait à la palpation. On pouvait établir en saisissant d'un côté à l'autre les parties molles du cou qu'il y avait de l'espace entre la trachée et la tumeur et que s'il y avait quelque connexion, elle était lointaine et se faisait par l'intermédiaire de plans fibreux ou musculaires.

Il n'y avait tout au plus qu'une adhérence aponévrotique. Ce point et la date apparente du début de l'affection nous firent songer à une production d'origine congénitale, et en premier lieu à un kyste. Après avoir examiné l'hypothèse d'un lipome, le diagnostic de kyste dermoïde nous parut très probable en raison du siège médian, de la forme arrondie, de l'évolution, de la consistance légèrement pâteuse.

L'opération pratiquée le 22 septembre confirma le diagnostic. Une incision longitudinale mit à nu la tumeur ; la dissection en fut assez simple, il fallut seulement sectionner un certain nombre de tractus fibreux qui unissaient sa face profonde aux aponévroses cervicales et à l'échancrure sus-sternale, mais il n'y avait à proprement parler aucun pédicule. La tumeur était préaponévrotique. Quand elle fut enlevée, on vit que le fond de sa loge était formé par le sternum, le sterno-mastoïdien encore enveloppés de leur gaine. La plaie fut réunie par première intention et l'opéré, guéri, quitta l'hôpital le 29 septembre.

La tumeur est ovoïde, de coloration jaunâtre, consistance pâteuse conservant l'empreinte du doigt. Ce signe avait été recherché sans succès avant l'opération, il est très net sur la pièce extirpée. Il n'y a aucun doute sur sa nature ; c'est bien un kyste dermoïde. En effet si on incise sa paroi épaisse de 1 millimètre, on voit que la cavité est remplie d'une masse jaune pâle ayant l'apparence du beurre et aussi sa consistance. Il n'y a point de liquide. La face interne de la paroi est couverte de nombreux poils, d'un jaune roux, très fins. Il y en a aussi en quantité dans l'épaisseur de la substance butyreuse qui remplit le kyste.

OBSERVATION XXXIV.

ABADIE, Kyste dermoïde médian sus-sternal.

(*Bulletin de la Société Anatomique*, Montpellier, 1903).

Une jeune fille de 16 ans, Eugénie R..., entre, en mars 1902, à l'Hôpital suburbain, dans le service de M. le professeur Forgue. Depuis trois ans, elle a constaté l'apparition et suivi le développement très lent d'une petite tumeur située à la base du cou, dans le creux sus-sternal, du volume d'une noisette ; il y a un an environ, cette tumeur a beaucoup grossi pendant la dernière année, surtout depuis un mois.

Actuellement la tumeur globuleuse, du volume d'une mandarine, exactement médiane, occupe le tiers inférieur de la région sous-hyoïdienne et empiète sur le sternum, qu'elle déborde d'environ un travers de doigt. A sa surface, la peau est normale et mobile. La consistance est rénitente. Lorsque l'on fait contracter les deux sterno-cléido-mastoïdiens, la tumeur, qui au repos recouvre les chefs sternaux, est manifestement poussée en avant ; il est alors possible de la délimiter partiellement et elle semble immobile sur la partie supérieure du sternum.

Enfin la tumeur est mobilisée par les mouvements du larynx sans qu'on puisse dire qu'elle les suit véritablement.

Opération le 6 mars 1902. Injection intradermique et sous-dermique de 7 centimètres cubes de cocaïne au 100°. Incision médiane longitudinale. Immédiatement sous la peau et en avant de l'aponévrose cervicale superficielle et du sternum, on énuclée facilement la tumeur dont le plan de clivage est lâche. Il n'existe aucun pédicule ou tractus fibreux reliant la tumeur soit au sternum soit au corps thyroïde. Suture aux crins de Florence.

Examen macroscopique : La tumeur, régulièrement ovoïde, est à paroi lisse ; consistance rénitente ; la fluctuation existe, mais le contenu manifestement liquide qu'elle renferme sous tension assez forte, doit être épais, peu mobile. L'empreinte du doigt sur la paroi est à peine marquée. A l'ouverture, il s'écoule un contenu épais, blancâtre, ayant l'aspect typique du contenu des kystes dermoïdes.

A l'examen histologique, la paroi se montre formée de deux couches, l'une fibro-conjonctive externe, l'autre de revêtement interne constitué par un épithélium pavimenteux stratifié reposant sur des papilles très nettes.

OBSERVATION XXXV

MORESTIN, Kyste dermoïde du creux sus-sternal.
(*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1912).

Une femme de 30 ans vient consulter pour une tumeur occupant les limites du cou et du thorax et évoluant depuis plusieurs années déjà. Cette tumeur a augmenté lentement et graduellement de volume sans déterminer jamais ni gêne ni douleur. La malade n'en serait donc aucunement incommodée si cette masse anormale ne faisait une saillie très apparente lui interdisant tout décolletage.

L'examen montre que la tumeur, qui soulève des téguments normaux, souples et mobiles, répond exactement à la fourchette sternale. Elle semble s'appuyer sur l'extrémité supérieure du sternum et s'étend même quelque peu au-devant de cet os. Toutefois, elle est surtout cervicale, logée entre les deux sterno-mastoïdiens. La consistance est pâteuse, son volume est comparable à celui d'un œuf ; elle est ovoïde et adhérente au plan musculo-aponévrotique du cou ; elle subit une légère ascension dans les mouvements de déglutition. On ne constate aucune modification des lobes latéraux du corps thyroïde. Malgré le siège très bas de cette tumeur, on pouvait se demander si elle ne dépendait pas de l'isthme du corps thyroïde, d'autant plus qu'elle subissait une légère ascension pendant les mouvements de déglutition ; on pouvait encore songer à une adénopathie, cependant la forme, la consistance très spéciale, le siège exactement médian de la tumeur et sa longue évolution nous firent admettre qu'il s'agissait selon toute vraisemblance d'un kyste congénital et très probablement d'un kyste dermoïde.

Opération le 10 juillet 1912. Incision transversale dans un pli de flexion, tout à fait à la partie inférieure du cou. La tumeur est d'un aspect jaunâtre et confirme le diagnostic de dermoïde. La dissection est délicate, car la poche s'enfonce profondément et contracte des adhérences solides avec les muscles sous-hyoïdiens. Au bout d'une semaine, la malade est guérie. La poche était remplie de matière sébacée. Examen histologique confirme le diagnostic.

OBSERVATION XXXVI (Résumée)

Kyste sous-thyroïdien et supra-sternal médian.

(*Archivio italiano di Chirurgia*).

R. L..., âgée de 20 ans, couturière.

Malade en 1914 ; un matin, en se regardant dans le

miroir, elle remarque qu'à la partie inférieure de la région antérieure du cou, un peu à droite de la ligne médiane, il s'était formé, sans avoir été déterminée par aucune cause, une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, de consistance molle, indolente, mobile. La tuméfaction est allée en augmentant lentement, dans la première année, jusqu'à aboutir, quelques années après, à la grosseur d'un œuf de pigeon. Depuis lors, elle n'a plus eu de tendance à augmenter. La malade n'étant avertie par aucun trouble, n'a jamais soigné de bonne heure sa maladie.

Etat actuel : Dans la région inférieure du cou, au voisinage de la gorge, on note une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, indolente, bien délimitée par la gorge et les bords internes des muscles sterno-cléido-mastoïdiens des deux côtés. La superficie est lisse, de consistance molle, dépressible, simulant une profonde fluctuation. La palpation confirme les données déjà décrites à l'inspection. En outre, elle fait révéler que la tuméfaction est assez profonde. Elle est située au-dessous de l'aponévrose superficielle et médiane ; elle est au contact de la trachée, pas mobile avec ses mouvements, à laquelle elle semble liée seulement par un court pédicule ; poussant en bas la tuméfaction, elle se rend beaucoup plus évidente, et faisant étendre le cou elle se cache et va dans la profondeur. Relâchant les tissus, comme la flexion du cou, on peut bien circonscrire la tuméfaction et on constate sa mobilité dans tous les sens, restant fixée au fond par un court cordon.

Le diagnostic anatomo-clinique est celui d'un kyste sous-thyroïdien et supra-sternal médian.

L'opération a eu lieu le 15 février 1920. Sous anesthésie locale, on fait une incision transversale, on extirpe un kyste à paroi épaisse, avec tous les tissus périkystiques jusqu'à son attache à la trachée.

Examen histologique : On observe la structure de la peau, à type embryonnaire, fœtal, c'est-à-dire kyste provenant de l'ectoderme.

On rencontre presque tous les tissus de la peau. Enfin les rapports entre le derme et l'épiderme ne sont pas comme dans les conditions normales, parce que les enfoncements intradermiques ne sont pas beaucoup marqués. Les diverses couches de l'épiderme se reconnaissent : la couche profonde muqueuse de Malpighi, la couche médiane et la couche cornée superficielle avec une grande exfoliation cornée en superficie qui se continue avec la masse sébacée que contenait le kyste. Dans le derme, on observe des glandes sébacées bien reconnaissables, aplaties et pas à leur développement complet. Dans quelques points, on observe encore des bulbes pilifères et quelques sections de glandes sudipares.

Diagnostic anatomo-histologique : Kyste d'origine ectodermique (dermoïde).

OBSERVATION XXXVII

LENORMANT et FRÉDAULT, Un cas de kyste dermoïde médian
"prétrachéal (*Revue d'Orthopédie*, 1919).

La malade, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital Tenon pour une tumeur médiane située au-dessus de la fourchette sternale. C'est à 15 ans, époque de la première grossesse, que la malade constate, le lendemain de sa délivrance, une petite tumeur grosse comme une noisette et de consistance molle siégeant au-dessus du sternum. La tumeur augmente progressivement et régulièrement de volume sans occasionner de troubles fonctionnels jusqu'à l'époque à laquelle elle vient consulter. A cette époque, on constate une tumeur médiane symétrique, régulièrement arrondie, du volume d'une mandarine, faisant saillie à la région antérieure du cou, depuis le cartilage thyroïde jusqu'à la fourchette sternale, mais ne s'enfonçant pas en arrière de celle-ci. L'aspect et la situation sont ceux d'un kyste thyroïdien. La tumeur ne suit pas nettement l'ascension du

larynx lors de la déglutition et sa consistance diffère de celle des kystes thyroïdiens. Elle est mollassse, fluctuante, mais donnant l'impression d'une poche mal tendue, à contenu pâteux, ne gardant pas l'empreinte du doigt. L'intervention est pratiquée le 13 juin 1914. Dès la peau incisée, on tombe sur une tumeur tout à fait superficielle, siégeant en avant des muscles et de l'aponévrose, entourée seulement d'un tissu cellulaire un peu condensé. L'énucléation est facile (il n'y a pas de pédicule, pas d'adhérences) et la poche enlevée on n'aperçoit ni la trachée, ni le corps thyroïde qui restent recouverts par l'aponévrose superficielle. Cicatrisation rapide. La malade sort guérie le 7^e jour. La poche renferme un mastic blanc sébacé et des poils longs et fins, blancs, clairs. Il s'agit bien d'un kyste dermoïde vrai.

IV. — GANGLIONS TUBERCULEUX

OBSERVATION XXXVIII

Service du professeur FROELICH, *Ganglion tuberculeux médian sous-hyoïdien.*

Le 9 mai 1922, se présentait à la consultation de la clinique des enfants (chirurgie infantile), un jeune garçon, Emile L..., âgé de 7 ans.

La mère de l'enfant qui l'accompagnait nous dit « qu'elle amenait son fils à la consultation parce qu'il avait une grosseur à l'index de la main droite ». C'était un spina ventosa. En examinant le malade, on remarquait qu'il portait, dans la région sous-hyoïdienne et médiane, une tuméfaction de la grosseur d'une noix. Cette tumeur était apparue il y a une quinzaine de jours, et ne provoquait aucune douleur à l'enfant ; elle était toujours restée sta-

tionnaire et à aucun moment elle n'avait augmenté de volume. A la palpation, la tumeur est arrondie, régulière, de consistance dure, indolore, superficielle, non adhérente à la peau. Elle est située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde ; elle subit une ascension antéro-postérieure par déglutition. Après l'examen, on pose le diagnostic de kyste médian du cou. On pratique l'opération le 12 mai sous anesthésie. On enlève une tumeur dure, on ne remarque pas de pédicule. Devant ces caractères, on porte la pièce au laboratoire d'anatomie pathologique pour faire l'examen microscopique.

L'examen histologique est pratiqué quelques jours après et la réponse fut la suivante : Ganglion tuberculeux renfermant une grande quantité de cellules géantes et épithélioïdes.

Il est certain que l'état général du malade, son spina ventosa auraient pu faire porter le diagnostic de ganglion tuberculeux, mais devant les caractères de la tumeur, au point de vue forme, siège, consistance, etc., on était porté à croire à l'existence d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION XXXIX

Service de M. le professeur VAUTRIN, *Ganglion tuberculeux médian et sus-hyoïdien.*

A... Emile, habitant la région de Dieuze, n'a jamais été malade. Il entre au service pour se faire opérer d'une petite tumeur qu'il porte au cou au niveau de la région sus-hyoïdienne et médiane.

Il y a environ deux mois, le malade s'aperçut d'une légère tuméfaction dans la région médiane du cou ; cette tuméfaction s'est accrue petit à petit, restant toujours indolore, pour atteindre actuellement la grosseur d'un petit œuf. Elle est arrondie, régulière, de consistance dure ; elle

est indolore, superficielle, adhérente à la peau. Devant tous ces caractères, on porte le diagnostic de kyste médian du cou. On opère le malade, on enlève la tumeur arrondie, de la grosseur d'un œuf, exactement médiane ; on ne remarque pas de pédicule.

L'examen histologique est pratiqué quelques jours après, et la surprise fut grande quand on apprit le résultat de l'examen. On ne se trouvait pas en présence d'un kyste, mais bien d'un ganglion tuberculeux caséifié avec de nombreux tubercules très riches en cellules géantes et épithélioïdes.

OBSERVATION XL

Service de M. le professeur FROELICH, *Ganglion
sus-hyoïdien suppuré.*

J... Suzanne, âgée de 10 ans, entre au service de chirurgie infantile le 29 janvier 1923.

Le père de l'enfant est mort en 1921. La mère vit encore. Elle a trois frères bien portants. Elle-même n'a jamais été malade.

En 1917, elle a remarqué une grosseur dans la région sus-hyoïdienne et médiane du cou. Cette tuméfaction a évolué sans douleur et lentement. Un médecin appelé a incisé l'abcès, puis tout est rentré dans l'ordre.

L'enfant n'avait rien remarqué d'anormal dans cette région jusqu'en 1922. Au mois de décembre 1922, elle s'aperçut qu'au niveau de la cicatrice, il se formait une nouvelle tuméfaction qui était comme la première fois indolore.

A son entrée, on remarque dans la région sus-hyoïdienne et médiane une tuméfaction de la grosseur d'une noix. A la palpation, on perçoit de la fluctuation ; la collection est tout à fait superficielle, la peau est adhérente. On ne remarque pas d'autres ganglions dans la région.

On porte le diagnostic de ganglion suppuré de la région sus-hyoïdienne et médiane.

Opération : Le 30 janvier. Incision médiane, grattage de la paroi, il s'écoule un gros flot de pus. Ablation de la portion des téguments en voie de nécrobiose. Suture avec un crin de Florence.

OBSERVATION XLI

Service du professeur VAUTRIN, *Ganglion tuberculeux du cou sus-hyoïdien.*

Le 19 mars 1923, se présentait à la consultation de M. le professeur Vautrin, une jeune fille âgée de 15 ans. Ses parents sont en bonne santé. Sa mère qui l'accompagnait voulait bien nous donner les renseignements suivants : Cette jeune fille n'est pas encore réglée, elle n'a jamais été malade et est la quatrième d'une famille de sept enfants, dont six sont encore vivants à l'heure actuelle. Au début de 1918, elle remarquait une tuméfaction de la grosseur d'une noix dans la région angulo-maxillaire droite. Cette tuméfaction allant toujours en grossissant, on fit appeler un médecin qui fit trois ponctions et injectait chaque fois de l'éther ; malgré tout on ne remarquait pas grand changement. Un peu plus tard, il apparut dans la même région de nouveaux ganglions qui existent encore à l'heure actuelle. Il y a six mois apparaissait dans la région sus-hyoïdienne et médiane du cou une tuméfaction de la grosseur d'un pois qui grossit rapidement pour atteindre dans l'espace de deux mois le volume d'un gros œuf de poule. Cette augmentation de volume se produisit sans aucune douleur. La jeune fille n'éprouvait aucune difficulté pour ouvrir la bouche, ni pour manger ni pour parler. A l'heure actuelle, par suite du traitement institué, c'est-à-dire huile de foie de morue à l'intérieur et applica-

tion de pommade iodo-iodurée à l'extérieur, la grosseur a diminué de moitié et ne présente plus que le volume d'une noix. A la palpation, on sent une tuméfaction non mobile, dure, mais ayant cependant des tendances à se ramollir, exactement médiane, ne se déplaçant pas avec les mouvements de la déglutition. Ici encore vu le siège de la tumeur, on aurait pu facilement porter le diagnostic de kyste dermoïde médian sus-hyoïdien ; mais l'état général de la malade, la diminution de volume de la tumeur par le traitement, l'apparition de nouveaux ganglions dans la région angulo-maxillaire étaient favorables au diagnostic de ganglion tuberculeux.

CONCLUSIONS

Les kystes dermoïdes sus-hyoïdiens résultent de l'enclavement d'une portion de l'ectoderme au niveau du premier arc branchial ou arc maxillaire. Ils sont d'origine congénitale et présentent, en coupe : une paroi à structure analogue à celle de la peau ; un contenu, c'est-à-dire de la matière sébacée, constituée par des débris de cellules épidermiques, des granulations graisseuses, et des cristaux de cholestérine ; on y trouve quelquefois des poils.

Les diverses recherches bactériologiques qui ont été pratiquées jusqu'aujourd'hui, ont abouti à des résultats négatifs. Cliniquement, le kyste se présente comme une tumeur habituellement médiane, arrondie, lisse, molle, quelquefois fluctuante, gardant exceptionnellement l'empreinte du doigt qui la déprime. Cette tumeur se développe sans qu'on en sache exactement la cause, au moment de la puberté, et peut être de volume variable. On peut la confondre avec une adénopathie sus-hyoïdienne. L'examen histologique vérifiera toujours le diagnostic. Le seul traitement efficace est l'extirpation totale. Mais si l'extirpation des kystes thyro-glosses est relativement facile quand la tumeur

est constituée par une poche limitée partout, il n'en est pas de même quand à cette poche fait suite un canal très mince allant vers la base de la langue, car, la poursuite de ce même trajet étant souvent difficile à cause de ses dimensions restreintes, on peut le perdre, ce qui prédispose le sujet à avoir quelques mois plus tard une récidue. Pour peu que l'extirpation laisse une partie de la paroi du kyste ou son prolongement canaliculaire, le kyste se reformera.

Si l'extirpation est le traitement de choix, il n'est pas toujours facile, efficace et sans inconvénients. L'extirpation nécessite une grande incision d'où il résulte une cicatrice étendue. Si le kyste est peu apparent et ne gêne pas le sujet, il sera préférable de ne pas faire l'extirpation ; il en sera surtout ainsi chez une petite fille, car la cicatrice est plus laide que la petite saillie. Si au contraire, le kyste est trop apparent ou enflammé et qu'il s'agisse d'un garçon, on sera en droit de proposer l'extirpation qui alors aura moins d'inconvénients que la persistance du kyste qui pourra se transformer en fistule et devenir une véritable infirmité.

Les kystes thyro-hyoïdiens résultent d'un enclavement du sinus précervical de His. Ils sont congénitaux et peuvent atteindre un volume variable depuis celui d'une noisette, jusqu'à celui d'une orange. On peut les confondre avec une adénopathie ou avec un lipome. L'examen microscopique après l'opération tranchera la question. Le seul traitement est l'extirpation.

Les kystes dermoïdes médians sous-laryngés sont congénitaux. Leur origine doit être recherchée dans

un enclavement ectodermique lors de la fermeture du sinus précervical de His. Au point de vue clinique, de par leur siège et leurs caractères, ils présentent de grandes analogies avec les goîtres kystiques. Le seul traitement est l'extirpation complète.

Nous voyons donc qu'on peut souvent confondre un kyste dermoïde médian qu'il soit sus- ou sous-hyoïdien avec une adénopathie bacillaire. Les caractères de la tumeur sont identiques dans bien des cas et seul l'examen histologique pourra trancher la question.

Vu :

Nancy, le 28 juin 1923.

Le Président de la thèse,

FRÆLICH.

Vu :

Nancy, le 29 juin 1923.

Le Doyen,

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 30 juin 1923.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE, *Bulletin de la Société Anatomique*, Montpellier, 1903.
- AFFRE, *Thèse de Paris*, 1875.
- AGACIANTZ, *Thèse de Montpellier*, 1910.
- ANDRÉ, *Revue Médicale de l'Est*, 1897.
- AUDOLY, *Thèse de Paris*, 1898.
- BATUT, *Revue de Chirurgie*, 1909.
- *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1912.
- BAUBY, *Archives médicales de Toulouse*, 1900.
- BAZY, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891.
- BERTRAND et TIXIER, *Revue de Chirurgie*, 1907.
- BILHAUT, *Annales d'Orthopédie et Chirurgie pratique*, Paris, 1888.
- BOUCHER, *Thèse de Paris*, 1868.
- BREUL, *Thèse de Nancy*, 1890.
- BRINDEL et CADENAULE, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1921.
- BROCA, *Traité des Tumeurs*, 1869.
- *Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*, 1891.
- BROCA et MASSON, *Presse médicale*, 1909.
- CAMPENON, *Thèse de Paris*, 1876.
- CAVAUD, *Thèse de Bordeaux*, 1903.
- CAYE, *Thèse de Paris*, 1892.
- CESTAN, *Toulouse médical*, 1901.
- CHALIER et ALAMARTINE, *Archives générales de médecine*, 1907.

- CHEMIN, *Thèse de Bordeaux*, 1895.
CHEVASSU, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1902.
— *Revue de Chirurgie*, 1908.
CIGNOYZI, *Il policlinico. Section de Chirurgie*, XVIII, 1911.
CLOES et MEUNIER, *Le Scalpel*, n° 44, 1922.
CUSSET, *Thèse de Paris*, 1877.
DARDIGNAC, *Revue de Chirurgie*, 1884.
DEBONNELLE, *Thèse de Paris*, 1907.
DE GAETANO, *Archivio italiano di Chirurgia*, Bologne, 1921.
DE LANDETA, *Thèse de Paris*, 1863.
DELBET, *Union médicale*, 1885.
— *Union médicale*, 1895.
DESCONSEILLER, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1901.
DESPRÈS, *Gazette des Hôpitaux*, 1888.
DETROY, *Thèse de Lille*, 1918.
DUJARRIER, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1904.
DUPLAY, *Archives générales de Médecine*, 1891.
DUPLAY et RECLUS, *Traité de Chirurgie*, 1898.
ETIENNE, *Revue médicale de l'Est*, 1893.
FAURE, *Thèse de Lyon*, 1893.
FAUVEL, *Thèse de Paris*, 1887.
FERRY, *Thèse de Montpellier*, 1906.
FROELICH, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1907.
— *Pratique des maladies des enfants*, t. V., 1911, Appareil digestif et respiratoire.
GARCIN, *Thèse de Lyon*, 1902.
GENOUVILLE, *Bulletin de la Société Anatomique*, Paris, 1893.
GERMOND, *Thèse de Paris*, 1901.
GERMOND, *Thèse de Lyon*, 1902.
GÉRARD-MARCHANT, *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1886-1888-1891.
GEYER, *Thèse de Montpellier*, 1911.
GIGANTE, *Thèse de Montpellier*, 1900.

- GILLES, *De hygromatis cysticis congenitis deque novis quibusdam eorum exemplis quae in collo et in regione sacraeis observata sunt*, Bonn, 1852.
- GIRONDE, *Lyon médical*, 1879.
- GORRON, *Thèse de Bordeaux*, 1888.
- GRIGEROFF, *Thèse de Montpellier*, 1904.
- GROSS, *Bulletin de la Société de Médecine de Nancy*, 1884.
- GRUBER, *Archiv für path. Anat.*, 1880.
- GUÉRIN, *Thèse de Paris*, 1876.
- GUÉRIN, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1893.
- HALLOPEAU et MUTEL, *Bulletin de la Société Anatomique*, Paris, 1910.
- HEURTAUX, *Nouveau dictionnaire de Médecine et Chirurgie*, 1874.
- HIS, *Anatomie menschlicher Embryonen*, 1885.
- HUC et MOULONGUET, *Bulletin de la Société Anatomique*, Paris, 1922.
- IMBERT, *Thèse de Montpellier*, 1902.
- ITHIER, *Thèse de Bordeaux*, 1920.
- KAUFMANN, *Archiv für path. Anat.*, 1884.
- KIRMISSON, *Traité des Maladies chirurgicales d'origine congénitale*, Paris, 1898.
- *Médecine moderne*, 1904.
- KOENIG, *Semaine médicale*, 1895.
- KUMMER, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893.
- LALITTE, *Thèse de Nancy*, 1885.
- LANNELONGUE, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890.
- LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, 1887.
- LANNELONGUE et MÉNARD, *Traité des affections congénitales*, 1891.
- LANTZMANN, *Thèse de Nancy*, 1909.
- LAUFENBERG, *Ueber eine Dermoidcyst am Sternum*, Munich, 1900.
- LEBERT, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1852.
- LEDOZE, *Thèse de Montpellier*, 1913.

- LE FORT, *Revue de Chirurgie*, 1894.
LENOBLE et CIVEL, *Bulletin de la Société Anatomique*, Paris, 1899.
LENORMANT et FRÉDAULT, *Revue d'Orthopédie*, 1919.
LIARAS, *Bulletin de la Société Anatomique et Physiologique*, Bordeaux, 1895.
LORAIN, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1853-54.
LUCAS, *Thèse de Lille*, 1902.
MARTIN, *Thèse de Paris*, 1895.
MARTIN, *Thèse de Paris*, 1898.
MARTY, *Thèse de Bordeaux*, 1909.
MASCAREL, *Thèse de Paris*, 1899.
MASSE, *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, 1885.
MAUFRAIS, *Thèse de Paris*, 1919.
MERMET, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891.
MONOD, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891.
MORESTIN, *Bulletin de la Société Anatomique*, Paris 1897-1900-1912.
MOTY, *Echo médical du Nord*, 1901.
NICAISE, *Revue de Chirurgie*, 1883.
OZENNE, *Archives générales de Médecine*, 1883.
PÉRIGNON, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 1889.
PETIT, *Thèse de Paris*, 1900.
PILLON, *Thèse de Nancy*, 1883.
POINGT, *Thèse de Bordeaux*, 1904.
POLLOSSON-DIDIER, *Province médicale*, Lyon, 1889.
POULET, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1886.
PRENANT, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, vol. XIX.
QUÉNU, *Thèse d'agrégation de Paris*, 1885.
RASTOUIL, *Bulletin de la Société Anatomique*, Paris, 1906.
REGLUS, *Gazette des Hôpitaux*, 1888.
RENAUD, *Revue médicale de l'Est*, 1923.
ROCHER, *Bulletin de la Société anatomique et physiologique de Bordeaux*, 1902.
— *Journal de médecine*, Bordeaux, 1909.

- ROLLAND, *Thèse de Montpellier*, 1894.
ROQUES, *Thèse de Montpellier*, 1898.
SAPPEY, *Atlas-Anatomie*, 1874.
SAVELLI, *Thèse de Paris*, 1902.
SCHMITT, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891.
SERBOURCE, *Thèse de Paris*, 1910.
SPENCER, *Pathol. Soc. of London*, 1889.
SULICKA (Mlle), *Thèse de Paris*, 1894.
TACHARD, *Revue médicale*, Toulouse, 1878.
TERRIER et LECÈNE, *Revue de Chirurgie*, 1905.
TESTUT et JACOB, *Anatomie topographique*, 1907.
THÉVENIN, *Thèse de Bordeaux*, 1911.
TILLAUD, *Chirurgie clinique*, 1883-85.
TOUREL, *Thèse de Montpellier*, 1912.
VEAU, *Thèse de Paris*, 1901.
VERNEUIL, *Bulletin de la Société anatomique*, 1852.
VERNEUIL et CLADO, *France médicale*, 1888.
VIALLETON, *Archives d'anatomie microscopique*, 1908.
VIRLET, *Thèse de Paris*, 1854.
VOITURIEZ, *Bulletin de la Société anatomique de Lille*, 1880.
WAITZ, *Thèse de Paris*, 1897.
WALTHER, in DUPLAY et RECLUS, *Maladies du Cou*, 1898.
WEITZEL, *Bulletin médical*, 1911.
WENGLOWSKI, *Archiv für klinische Chirurgie*, 1913.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION.	5
CHAPITRE I. — Historique.....	8
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	14
CHAPITRE III. — Embryologie.....	20
CHAPITRE IV. — Pathogénie.....	24
CHAPITRE V. — Étiologie.....	35
CHAPITRE VI. — Symptomatologie.....	37
CHAPITRE VII. — Marche. Pronostic.....	41
CHAPITRE VIII. — Diagnostic ..	44
CHAPITRE IX. — Traitement.....	50
OBSERVATIONS.....	54
CONCLUSIONS.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	100

